Amsterdam Centre for Comprehensive Law

Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen

Prof . mr. J.L. Smeehuijzen
Dr. mr. K.A.P.C. van Wees
Prof. mr. A.J. Akkermans
Prof. mr. J. Legemaate
Drs. S. van Buschbach
Mr. drs. L. Hulst

Vrije Universiteit Amsterdam

Inhoudsopgave

Samenvatting **iii**

Hoofdstuk 1. Inleiding **1**

Hoofdstuk 2. Opvang en schadeafwikkeling: een terreinverkenning **5**

2.1 Inleiding 5
2.2 Enkele relevante cijfers 5
2.2.1 Aantallen incidenten, *adverse events*, en (potentiële) medische fouten 5
2.2.2 Aantal (potentiële) claims 7
2.3 De gevolgen van een incident voor de patiënt 9
2.4 Behoeften en verwachtingen van patiënten na een incident 10
2.5 Gevolgen voor en behoeften van zorgverleners 13
2.6 Opvang- en schadeafwikkelingspraktijken 14
2.6.1 Gebrekkige openheid in de praktijk 14
2.6.2 Factoren die aan *open disclosure* in de weg staan 19
2.6.3. Knelpunten in de medische letselschadepraktijk 25
2.7 Suggesties en initiatieven tot verbetering van opvang en schadeafwikkeling 27
2.8 De GOMA 31
2.9 Mogelijke herziening van het klachtrecht 34
2.9.1 Klachten- en geschillen: de huidige situatie 35
2.9.2 Klachten- en geschillenregeling op basis van het Wetsvoorstel Cliëntenrechten zorg 40
2.10 Initiatieven tot verbetering in het buitenland 45
2.11 Grote lijnen uit de verkenning 56

Hoofdstuk 3. Patiënteninterviews **61**
3.1 Inleiding 61
3.2 Methoden 61
3.2.1 Inleiding 61
3.2.2 Werving van te interviewen patiënten: samenstelling onderzoekspopulatie 62
3.2.3 Selectie en beschrijving van de deelnemers 64
3.2.4 Interviewschema 67
3.2.5 Analyse 69
3.3 Resultaten 70
3.3.1 Het incident 70
3.3.2 De gevolgen van het incident voor de patiënt 72
3.3.3 Ondernomen stappen na een medisch incident 74
3.3.4 Opvang en bejegening door het ziekenhuis 77
3.3.5 Waardering van de communicatie met arts en ziekenhuis 78
3.3.6 Ongelijkwaardige relatie arts-patiënt 83
3.3.7 Centraal aanspreekpunt 84
3.3.8 Oordeel over de betrokkenheid van de Klachten-functionaris en de klachtencommissie 84
3.3.9 Objectieve buitenstaander 87
3.3.10 Voorgestelde verbeterpunten ten aanzien van opvang en bejegening door het ziekenhuis 87
3.3.11 Schadeafwikkeling 91
3.3.12 Ervaren belasting van het schadeafwikkelingsproces 94
3.3.13 Ervaren verbeterpunten met betrekking tot de schadeafwikkeling 96
3.3.14 Psycho-sociale opvang 98
3.4 Belangrijke inzichten uit de interviews 101

Hoofdstuk 4. Expertmeetings **105**
4.1 Inleiding 105
4.2 Expertmeeting deel I 'opvang en bejegening' 106
4.3 Expertmeeting deel II 'schadeafwikkeling' 115
4.4 Expertmeeting deel III 'psych-sociale opvang' 123
4.5 Lijst van deelnemers van de expertmeetings 130

Hoofdstuk 5. Aanbevelingen **133**
5.1 Inleiding 133
5.1.1 Uitgangspunten ontleend aan eerdere hoofdstukken 133
5.1.2 Nadere inleidende opmerkingen op de aanbevelingen 136
5.2 Opvang en bejegening 140
5.3 Schadevergoeding 175
5.4 Discussie; vragen voor toekomstig onderzoek 191

Bijlage I: Literatuurlijst 199
Bijlage II: Geïnterviewde deskundigen 211
Bijlage III: Gedragscode medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) 213
Bijlage IV: Formulier in te vullen door klachtenfunctionarissen 217
Bijlage V: Informatiebrief werving Centramed en Medirisk 219
Bijlage VI: Interviewschema 221
Bijlage VII: Codeboom 229
Bijlage VIII: De begeleidingscommissie 233
Bijlage IXI: De onderzoeksgroep 235

Samenvatting

Inleiding

De impact van een medisch incident kan in emotioneel, financieel en praktisch opzicht groot zijn. Dat geldt met name als het gaat om ernstige gezondheidsschade of overlijden. Er zijn belangrijke aanwijzingen dat de opvang en bejegening van de patiënt of zijn nabestaanden en de mogelijkheid schadevergoeding te verkrijgen, nog niet steeds op het vereiste niveau liggen.

Het gaat hierbij om grote getallen. Jaarlijks krijgen in Nederland ruim 37.000 ziekenhuispatiënten te maken met potentieel vermijdbare schade en overlijden mede daardoor naar schatting ruim 1.900 patiënten. Het is niet realistisch te denken dat deze aantallen ooit tot verwaarloosbare proporties worden teruggebracht. Welbeschouwd is dus de omgang met medische incidenten een vast onderdeel van de reguliere medische praktijk.

In het besef dat de omgang met de patiënt na een ernstig incident verbetering behoeft, heeft de afgelopen jaren vrij uitvoerige normontwikkeling plaatsgevonden. De verwachting is gerechtvaardigd dat deze normstellende ontwikkelingen de positie van de patiënt in geval van een ernstig incident zullen versterken. Maar onaannemelijk is dat die ontwikkeling op zichzelf voldoende is om in de praktijk tot werkelijk adequate opvang te komen. Om ‘nieuwe normen’ tot leven te brengen en te operationaliseren, zullen op de werkvloer veranderingen moeten plaatsvinden – er moet een *operational strategy* zijn. Het onderhavige onderzoek doet daartoe 12 praktische aanbevelingen.

De aanbevelingen zijn gebaseerd op literatuurstudie, gesprekken met (deels buitenlandse) academici en practici, interviews met 45 patiënten en vijf expertmeetings.

In het onderzoek zijn drie domeinen onderscheiden. Het eerste domein is genoemd ‘opvang en bejegening door het ziekenhuis’. Het betreft de fase direct na het incident, een tijd waarin het incident in alle hevigheid wordt gevoeld, waarin de emoties hoog kunnen oplopen, waarin soms nog veel onduidelijk is en waarin patiënt en ziekenhuis een manier moeten vinden om met de crisissituatie zo goed mogelijk om te gaan.

Het tweede domein kan men noemen 'herstel en schadeafwikkeling'. Als het om een fout gaat, is de patiënt er veelal in twee opzichten op achteruit gegaan: zijn gezondheid is verslechterd en als gevolg daarvan zal hij veelal ook financiële schade lijden (in het ergste geval kan hij zelfs geen inkomen meer verwerven). De inspanningen moeten erop gericht zijn de patiënt zo veel mogelijk terug te brengen in de toestand waarin hij geweest zou zijn zonder de fout, zowel fysiek als financieel. Dat vertaalt zich in herstelbehandelingen en schadevergoeding.

Het derde domein is de 'psycho-sociale opvang'. Een medisch incident kan op verschillende vlakken voor de patiënt ingrijpend zijn. Te denken is aan praktische moeilijkheden in het dagelijks leven, administratieve lasten, juridische problemen en psychische klachten. Hierbij kunnen vormen van hulpverlening geboden zijn.

In grote lijnen zijn de bevindingen en aanbevelingen op deze drie gebieden als volgt.

Opvang en bejegening door het ziekenhuis

Men zou, wat betreft zijn contact met de zorgverlener en de instelling, de behoeften van de patiënt na een medisch incident als volgt kunnen opsommen:

1) informatie en goede communicatie. Dat wil zeggen openheid over de fout, wat er is gebeurd, hoe het is gebeurd, en voor zover nog niet alles bekend is, wanneer is die duidelijkheid er wel, hoe wordt het uitgezocht;
2) erkenning van de fout (als daarvan sprake is), het nemen van verantwoordelijkheid daarvoor, het maken van excuses;
3) duidelijkheid over de gevolgen voor de gezondheid van de patiënt, de mogelijkheden voor herstelbehandelingen;
4) maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare fouten in de toekomst;
5) vergoeding van eventuele financiële schade.

Het proces waarin aan deze behoeften tegemoet wordt gekomen, wordt in de literatuur veelal aangeduid met *open disclosure*.

Een adequate *open disclosure* is op verschillende terreinen van belang. Patiënten die een goede communicatie met hun zorgverlener ervaren, ervaren ook minder emotionele gevolgen. Patiënten hebben informatie nodig om met de fout om te

kunnen gaan en willen weten dat de zorgverlener en de zorginstelling betreuren wat er is gebeurd en medeleven toont. Als er openheid van zaken wordt gegeven en een excuus wordt aangeboden, dan vermindert dat de emotionele en mogelijk zelfs de fysieke impact van het incident. Dat laatste niet alleen omdat de psychische gesteldheid van de patiënt ook invloed heeft op zijn fysieke herstel, maar ook omdat openheid tijdige en adequate herstelbehandelingen mogelijk maakt. In dat verband is van belang dat openheid de door de fout beschadigde vertrouwensrelatie tussen arts en zorgverlener kan helpen herstellen.

Bovendien helpt een adequate *open disclosure* onnodige juridisering te voorkomen. Als de patiënt in zijn gerechtvaardigde behoeften niet tegemoet wordt gekomen, kan dat oneigenlijk gebruik van het aansprakelijkheidsrecht tot gevolg hebben – de patiënt claimt 'om de verkeerde redenen'. Voorts kan een procedure dieper conflictueus raken dan nodig is – met alle negatieve gevolgen van dien.

Dat *open disclosure* in de praktijk niet steeds naar behoren plaatsvindt, is onder andere toe te schrijven aan de volgende factoren:

1) de cultuur binnen ziekenhuizen kan aan openheid in de weg staat doordat die cultuur voor zorgverleners onvoldoende 'veilig' is – denk aan angst voor schade aan carrière,
2) het uitvoeren van *open disclosure* is in communicatieve zin moeilijk en zorgverleners weten niet goed weten hoe zij dat moeten doen – *open disclosure* is meer dan alleen een slecht nieuwsgesprek,
3) het is voor zorgverleners psychologisch moeilijk over (mogelijke) fouten te praten.

Het doel is deze beletselen zo veel mogelijk weg te nemen. Hiertoe strekken de aanbevelingen 1 tot en met 7. Zij betreffen: stimulering van de 'openheidscultuur' binnen instellingen (Aanbeveling 1), ondersteuning van de zorgverlener bij *open disclosure* door het ter beschikking stellen van een *disclosure coach* (Aanbeveling 2) en de verschillende functionaliteiten die ten behoeve van de patiënt aanwezig zouden moeten zijn (Aanbevelingen 3 tot en met 5). Wat die functionaliteiten betreft wordt aanbevolen een vast aanspreekpunt voor de patiënt aan te wijzen, een 'regisseur' van de *open disclosure* te benoemen en een klachtenfunctionaris ter beschikking te stellen. Het is belangrijk dat degenen die binnen de instelling geïnstitutionaliseerd bij *open disclosure* zijn betrokken hierin worden geschoold (Aanbeveling 6) en dat in overleg tussen de verschillende partijen uit het veld een nationaal *open disclosure*-protocol wordt ontwikkeld (Aanbeveling 7).

Herstel en schadeafwikkeling

De traditionele civielrechtelijk procedure op tegenspraak wordt door patiënten als erg bezwarend ervaren, onder andere vanwege de kostenrisico's, de lange duur en de conflictueuze sfeer. De belasting overstijgt het niveau van de alledaagse ergernis. Onder omstandigheden kunnen zelfs negatieve gezondheidseffecten optreden. Het doel is derhalve te komen tot een procedure die zo snel mogelijk, tegen zo laag mogelijke kosten, zo min mogelijk polariserend en juridiserend tot een uitkomst voert. De aanbevelingen 8 tot en met 10 hebben die doelstelling.

In termen van 'procedure rechtvaardigheid' zijn er belangrijke voordelen als de instelling zelf de schadeafwikkeling op zich neemt (Aanbeveling 8). Voor een patiënt heeft het debat over schadevergoeding vaak een morele dimensie, zodat het voor hem onbevredigend is te maken te krijgen met de partij die het niet 'gedaan' heeft. Het gevoel met een abstracte, gezichtsloze tegenstander te maken te hebben, zou bij afhandeling door het ziekenhuis kunnen afnemen. Het is bovendien zo dat het incident voor de patiënt meer omvattend is dan alleen de financiële kant. Wanneer de financiële kant en andere aspecten tussen dezelfde gesprekspartners worden besproken, lijkt de kans op een alles omvattende oplossing te worden vergroot.

Omdat de deskundige in de huidige praktijk de achilleshiel van de procedure tot vergoeding van schade bij medische fouten vormt, zou hij, anders dan nu het geval is, onderdeel moeten uitmaken van het college dat over de vordering oordeelt (Aanbeveling 9). Thans kost het tijd en debat een deskundige te vinden, het kost tijd en debat een deskundige met voor beide partijen aanvaardbare vragen op pad te sturen en vervolgens verloopt de communicatie over het rapport van de deskundige omslachtig doordat over dat advies noch door partijen noch door de rechter rechtstreeks met de deskundige van gedachten gewisseld kan worden. Die complicaties verdwijnen bij geïntegreerde deskundigheid. Om de laagdrempeligheid en snelheid te verbeteren, zouden voorts vorderingen tot € 25.000,- door een geschilleninstantie beoordeeld moeten worden die tegen geringe kosten toegankelijk is.

In het streven onnodige juridisering zoveel mogelijk te voorkomen, past toepassing van vormen van alternatieve geschillenbeslechting (Aanbeveling 10). Voor de menselijke verhoudingen kan daar meer aandacht bestaan. Dat is belangrijk, omdat patiënten incidenten in de praktijk vooral als een persoonlijke aangelegenheid ervaren. Als op de automatische piloot wordt doorgeschakeld naar discussies over schadevergoeding en juridisering, kunnen de achterliggende behoeftes en belangen al snel uit het zicht raken.

Psycho-sociale opvang

De voornoemde aanbevelingen strekken er toe de opvang van patiënten na een ernstig medisch incident te verbeteren. Intussen moet worden vastgesteld dat zelfs wanneer zorgverlener en instelling alles doen wat redelijkerwijze van hen verlangd mag worden, er terreinen zullen zijn waarop de patiënt na een ernstig medisch incident behoefte aan nadere hulp kan hebben. Het gaat om bijstand op het juridische, het psychologische en het praktische domein.

Aanbevolen wordt (Aanbeveling 11) middels een pilot te onderzoeken of de hulpverlening aan de patiënt op deze terreinen te versterken is door de introductie van een zogenaamde 'casemanager' zoals die thans onder de vleugels van Slachtofferhulp Nederland (hierna: SHN) al functioneert ten behoeve van slachtoffers van geweldsmisdrijven.

Tot slot van het onderzoek wordt in algemene zin gesuggereerd (dus de drie onderscheiden domeinen overstijgend), de effectiviteit van de aanbevolen maatregelen te meten (Aanbeveling 12). Specifiek op het terrein van letselschade-afwikkeling zou een jaarlijks terugkerende analyse van een reeks aselecte individuele dossiers moeten plaatsvinden.

Aanbevelingen

Het onderzoek heeft geresulteerd in de onderstaande aanbevelingen. In hoofdstuk 5 worden de aanbevelingen toegelicht.

1. Binnen ziekenhuizen wordt actief gewerkt aan een klimaat waarin openheid na een ernstig incident de norm is (p. 141).
2. De zorgverlener wordt vanuit de instelling actief begeleid in het proces van *open disclosure* na een ernstig incident. Hij krijgt daartoe toegang tot een *disclosure coach* (p. 144).
3. Na een ernstig medisch incident wordt iemand aangewezen die de regie over de open disclosure voert en iemand die als vaste contactpersoon voor de patiënt fungeert. Het ligt voor de hand die functionaliteiten in een persoon te verenigen (150).
4. Na een ernstig incident wordt de patiënt gevraagd of hij behoefte heeft aan betrokkenheid van de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris heeft tot taak de patiënt te helpen in zijn communicatie met de arts, zo nodig te bemiddelen en praktische bijstand te verlenen (152).

5. Zo nodig worden de patiënt na een ernstig incident, naast betrokkenheid van de klachtenfunctionaris, de volgende alternatieve en/of aanvullende opties geboden(p. 162):
   - Toegang tot een retrospectieve second opinion;
   - Betrokkenheid van een medicus als externe bemiddelaar;
   - Betrokkenheid van een niet-medicus als externe bemiddelaar;
   - Toegang tot een interne formele klachtenbeoordelingsprocedure;
   - Toegang tot bijstand door een externe derde.
6. Er moet een verplicht te volgen opleiding worden ontwikkeld voor degenen die vanuit de instelling een geïnstitutionaliseerde betrokkenheid hebben bij de uitvoering van *open disclosures* (p. 172)
7. De relevante partijen uit de sector stellen een protocol op waarin geregeld wordt hoe na een ernstig medisch incident in termen van opvang en bejegening van de patiënt gehandeld moet worden (p. 174).
8. Ziekenhuizen moeten schades tot een hoger bedrag dan nu gebruikelijk is zelf afwikkelen. Opgemerkt zij dat dit alleen een verbetering is als ziekenhuizen die schadeafwikkeling op de juiste wijze doen. Dat betekent onder andere dat zij tegenover de patiënt nadrukkelijk verantwoordelijkheid nemen voor het gebeurde (p. 175).
9. Geschillenbeslechting over vorderingen tot schadevergoeding wegens medische fouten moet plaatsvinden door een college waarin de vereiste medische deskundigheid is geïntegreerd. Voor vorderingen tot € 25.000,- verdient het voorstel uit de Wcz voor een geschilleninstantie navolging. In de zaken die door de civiele rechter worden beoordeeld, dienen aan de civiele kamers van rechtbanken en gerechtshoven medisch deskundigen te worden toegevoegd (p. 179).
10. Met name in zaken waarin de aansprakelijkheid vast staat, moet worden gepoogd het geschil zo voortvarend mogelijk door middel van een passende vorm van conflictoplossing op te lossen (p. 185).
11. Door middel van een pilot wordt onderzocht of en in hoeverre het een goede oplossing is om de thans onder de vleugels van Slachtofferhulp Nederland functionerende casemanagers ook op het gebied van ernstige medische incidenten beschikbaar te laten komen (p. 186).
12. De effectiviteit van het voorgestelde beleid en de voorgestelde interventies wordt gemeten. Op het terrein van letselschadeafwikkeling vindt een jaarlijks terugkerende analyse van een reeks aselecte individuele dossiers plaats (p. 190).

1. Inleiding

Over dit rapport

In het onderhavige onderzoek is gezocht naar mogelijkheden om de opvang van patiënten en de afwikkeling van hun schade na een medisch incident te verbeteren. Het initiatief tot het onderzoek is genomen door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Slachtofferhulp Nederland (SHN) en is gefinancierd door het Fonds Slachtofferhulp (FSH). Het onderzoek is ondersteund door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Aan het onderzoek was een begeleidingscommissie verbonden. Deze bestond uit vertegenwoordigers van NPCF, SHN en FSH, de medische aansprakelijkheidsverzekeraars MediRisk en Centramed, de Vereniging van Klachtenfunctionarissen (VKIG) en het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

Aanleiding voor het onderzoek

De impact van een medisch incident kan in emotioneel, financieel en praktisch opzicht groot zijn. Dat geldt met name als het gaat om ernstige gezondheidsschade of overlijden. Er zijn belangrijke aanwijzingen[1] dat de opvang van patiënten of hun nabestaanden in die gevallen nog niet op het vereiste niveau ligt. Patiënten wordt na een medische fout in termen van opvang, bejegening en mogelijkheden schadevergoeding te verkrijgen niet steeds voldoende recht gedaan.

Het gaat daarbij om grote getallen. Jaarlijks krijgen in Nederland ruim 37.000 ziekenhuispatiënten te maken met potentieel vermijdbare schade en overlijden mede daardoor naar schatting ruim 1.900 patiënten. Los van de emotionele schade, blijkt dat in de praktijk maar een klein deel van de geleden vermogensschade wordt vergoed.

[1] Zie nader par. 2.6.1.

Doelstelling van het onderzoek

In het besef dat de omgang met de patiënt na een medisch incident verbetering behoeft, heeft de afgelopen jaren vrij uitvoerige normontwikkeling plaatsgevonden. Onbetwist is inmiddels dat wanneer een zorgverlener een fout heeft gemaakt, hij daarover open moet zijn en zijn excuses moet aanbieden. Die verplichting is onder andere neergelegd in de KNMG-richtlijn “Omgaan met incidenten, fouten en klachten, wat mag van artsen worden verwacht” (2007). Voordien werd nog regelmatig bepleit dat zijn positie jegens de aansprakelijkheidsverzekeraar er aan in de weg zou staan dat de arts zijn fout toegeeft. Een andere belangrijke ontwikkeling is de totstandkoming, in 2010, van de gedragscode “Openheid medische incidenten; betere afwikkeling medische aansprakelijkheid” (GOMA).[2] Deel A van die code geeft normen voor een adequate reactie van de zorgaanbieder op incidenten. Deel B geeft normen voor een adequate afhandeling van verzoeken om schadevergoeding.

De verwachting is gerechtvaardigd dat deze normstellende ontwikkelingen de positie van de patiënt in geval van een medische fout zullen versterken. Maar onaannemelijk is dat die ontwikkeling op zichzelf voldoende is om in de praktijk tot werkelijk adequate opvang te komen. Om ‘nieuwe normen’ tot leven te brengen en te operationaliseren, zullen op de werkvloer veranderingen moeten plaatsvinden. Het onderhavige onderzoek beoogt daartoe praktische aanbevelingen te doen.

Drie domeinen

In het onderzoek zijn drie domeinen onderscheiden.

Het eerste domein kan men noemen de ´opvang en bejegening door het ziekenhuis´. Het betreft de fase direct na het incident, een tijd waarin het incident in alle hevigheid wordt gevoeld, waarin de emoties hoog kunnen oplopen, waarin soms nog veel onduidelijk is en waarin patiënt en ziekenhuis een manier moeten vinden om met de crisissituatie zo goed mogelijk om te gaan.

Het tweede domein kan men noemen ‘herstel en schadeafwikkeling’. Als het om een fout gaat, is de patiënt er veelal in twee opzichten op achteruit gegaan: zijn gezondheid is verslechterd en als gevolg daarvan zal hij veelal ook financiële schade lijden (in het ergste geval kan hij zelfs geen inkomen meer verwerven). De inspanningen moeten erop gericht zijn de patiënt zo veel mogelijk terug te

[2] Zie voor de tekst Bijlage III

brengen in de toestand waarin hij geweest zou zijn zonder de fout, zowel fysiek als financieel. Dat vertaalt zich in herstelbehandelingen en schadevergoeding.

Het derde domein is de 'psycho-sociale opvang'. Een medisch incident kan op verschillende vlakken voor de patiënt ingrijpend zijn. Te denken is aan praktische moeilijkheden in het dagelijks leven, administratieve lasten, juridische problemen en psychische klachten.

Onderzoeksopzet en plan van behandeling

Omdat het onderzoek een praktische doelstelling heeft, was het als eerste stap belangrijk een beeld te krijgen van de bestaande praktijk. Daartoe is gesproken met een reeks deskundigen uit het Nederlandse veld (zie voor een lijst van namen Bijlage II). Omdat men in een aantal buitenlanden verder is met de ontwikkeling van *operational strategies* voor verbetering, is ook met Amerikaanse en Australische practici en wetenschappers gesproken.

Tegelijkertijd met deze verkennende gesprekken is een literatuurstudie verricht. Het doel was een beeld te krijgen van wat op de drie voornoemde terreinen aan relevante onderzoeksresultaten beschikbaar is. Naast juridische literatuur zijn met name bestudeerd (internationale) publicaties over de behoeften van patiënten na een medisch incident, de beletselen voor openheid over medische fouten, de gewenste vorm en inhoud van *open disclosure* en mogelijke *operational strategies* tot bevordering van naleving van de norm. In *hoofdstuk 2* wordt verslag gedaan van de literatuurstudie.

Vervolgens hebben 45 interviews plaatsgevonden met mensen die geconfronteerd zijn geweest met onbedoelde gevolgen van medisch handelen. Het interviewschema is mede gebaseerd op de verkennende gesprekken en de literatuurstudie. Het doel van de interviews was een beeld te vormen van de feitelijke gang van zaken na het incident, hoe de patiënt dit heeft ervaren en wat er naar zijn oordeel beter had gekund. In *hoofdstuk drie* wordt verslag gedaan van de patiënteninterviews.

De verkennende gesprekken, de literatuurstudie en de patiënteninterviews hebben de basis gevormd voor gedachte- en hypothesevorming die in verschillende expertmeetings aan praktijkdeskundigen is voorgelegd. Over de domeinen ´opvang en bejegening door het ziekenhuis´ hebben twee expertmeetings plaatsgevonden, over het domein 'herstel en schadeafwikkeling' hebben twee expertmeetings plaatsgevonden en over de 'psycho-sociale opvang' heeft een

expertmeeting plaatsgevonden. In *hoofdstuk vier* wordt verslag gedaan van de expertmeetings.

Op basis van de voorgaande stappen zijn in *hoofdstuk vijf* de aanbevelingen geformuleerd. De aanbevelingen gaan vergezeld van een toelichting.

Omdat het literatuuronderzoek, de patiënteninterviews en de expertmeetings elk een andere opzet kennen, wordt per hoofdstuk de opzet uiteengezet en verantwoord.

2. Opvang en schadeafwikkeling: een terreinverkenning

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van literatuuronderzoek op diverse, enigszins uiteenlopende terreinen die relevant zijn voor dit onderzoek. Allereerst wordt bezien wat er getalsmatig te zeggen valt over medische incidenten in Nederland en daaruit voortvloeiende claims. Vervolgens zal bekeken worden wat de nationale en internationale literatuur ons kan leren over de behoeften van patiënten na een medisch incident, ervaren knelpunten met betrekking tot de opvang en schadeafwikkeling en mogelijkheden tot verbetering op dit terrein. In dit verband zal ook enige aandacht worden geschonken aan de in het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg voorziene hervorming van het klachtrecht. Aan het slot van dit hoofdstuk zullen beknopt de hoofdlijnen van bevindingen worden weergegeven.

2.2 Enkele relevante cijfers

2.2.1 Aantallen incidenten, *adverse events*, en (potentiële) medische fouten in Nederlandse ziekenhuizen

In 2007 is voor het eerst grootschalig onderzoek gedaan naar zorggerelateerde schade in Nederlandse ziekenhuizen. In het rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen'[3] is becijferd dat er in 2004 naar schatting in 76.000 gevallen[4] sprake was van onbedoelde schade tijdens ziekenhuisopnames. Van onbedoelde schade wordt in dit verband gesproken als er sprake is van een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig

---

3 De Bruijne e.a. 2007.
4 Dat komt neer op 5,7 % van alle ziekenhuisopnames in 2004.

ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt. [5]
In naar schatting 46.000 gevallen (ca. 65 %) van onbedoelde schade betrof het een onvermijdbare complicatie.[6] In de overige 30.000 gevallen (ca. 35%) werd de schade als vermijdbaar gekwalificeerd, dat wil zeggen dat de vermijdbaarheid door deskundigen op meer dan 50% werd ingeschat.[7] Geëxtrapoleerd naar heel Nederland ondervonden in 2004 ongeveer 10.000 patiënten blijvende onbedoelde schade, inclusief overlijden, door een ziekenhuisopname, die bij ongeveer 6000 patiënten waarschijnlijk voorkómen had kunnen worden. In 1735 gevallen ging het om potentieel vermijdbare sterfgevallen.

Om de ontwikkeling van de zorggerelateerde schade in Nederlandse ziekenhuizen te volgen, heeft er in 2010 een eerste vervolgonderzoek plaatsgevonden.[8] Daaruit komt naar voren dat er in 2008, ondanks de invoering van diverse kwaliteitsverbeteringsprogramma's, nog geen sprake was van een daling van het aantal gevallen van vermijdbare zorggerelateerde schade.[9] Vastgesteld wordt dat circa 8% van de in 2008 in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken heeft gekregen met zorggerelateerde schade. In 2,9% van de gevallen (37% van de gevallen van zorggerelateerde schade) wordt deze schade vermijdbaar geacht. Extrapolatie van deze percentages naar heel Nederland[10], leidt tot de beredeneerde schatting dat ongeveer 104.000 patiënten te maken hebben gekregen met zorggerelateerde schade[11] en ongeveer 38.6000 patiënten met potentieel vermijdbare schade, inclusief naar schatting 1960 gevallen waarbij de potentieel vermijdbare schade heeft bijgedragen aan het overlijden.

---

5 Het in dit rapport gehanteerde begrip onbedoelde schade vormt als zodanig een synoniem voor het doorgaans gebruikte Engelse begrip adverse event.

6 Het rapport geeft o.a. de volgende voorbeelden van onbedoelde schade die niet vermijdbaar is: patiënt raakt in shock door een allergische reactie op een medicijn, deze allergie was vooraf niet bekend; bloeding na operatie, waardoor patiënt opnieuw geopereerd moet worden.

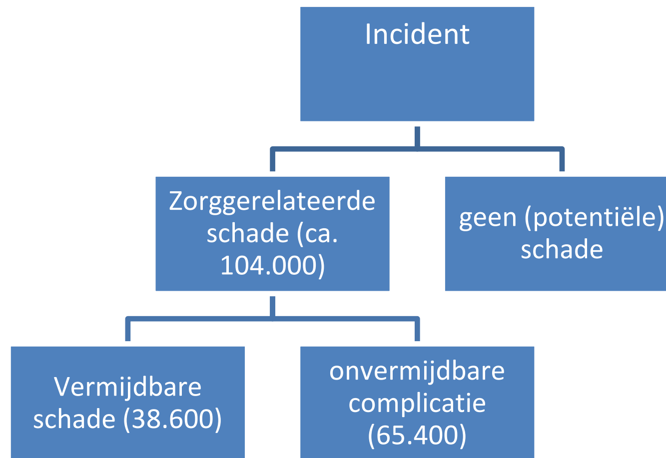
7 De directe medische kosten als gevolg van de vermijdbare zorggerelateerde schade worden geschat op 161 miljoen. Zie Hoonhout e.a. 2009.

8 Langelaan e.a. 2010.

9 De onderzoekers geven de volgende mogelijke verklaringen voor het feit dat de cijfers niet zijn gedaald. Een eerste verklaring is een toename van het aantal complexe patiënten en nieuwe technologische mogelijkheden. Beide brengen extra risico's met zich mee. Een tweede verklaring is dat artsen en verpleegkundigen opener en kritischer zijn gaan kijken en daardoor meer gevallen van zorggerelateerde schade zichtbaar worden. Deze openheid maakt het echter wel mogelijk om te leren en echte verbeteringen door te voeren. Een derde verklaring, die in elk onderzoek een rol speelt, is de factor 'toeval'. Langelaan e.a. 2010, p. 74 e.v..

10 Uitgaande van 1,3 miljoen ziekenhuisopnames per jaar. Zie Langelaan e.a. 2010 p. 37.

11 Bij 60% van de patiënten die zorggerelateerde schade ondervonden waren er geen gevolgen op het moment van ontslag of was de patiënt binnen één maand na ontslag hersteld. Bijna 5% van de patiënten met zorggerelateerde schade ondervond blijvende gezondheidsbeperkingen en bijna 10% overleed waarschijnlijk mede ten gevolge van de zorggerelateerde schade.



Figuur 1: Zorggerelateerde schade

In veel gevallen zal overigens niet aanstonds duidelijk zijn dat er sprake is van vermijdbare schade. Het rapport bevat enkele gegevens over het tijdsverloop m.b.t. de vaststelling dat er sprake is geweest van onbedoelde schade c.q vermijdbare schade. De meeste gebeurtenissen (64%) ontstonden en werden ontdekt tijdens de indexopname (opname waarop het dossier onderzoek betrekking had). Ongeveer 10% van de gebeurtenissen was ontstaan voorafgaand aan de indexopname en werd tijdens de indexopname ontdekt of was aanleiding voor de indexopname. Ongeveer 26% van de gebeurtenissen ontstond tijdens de indexopname, maar werd pas na ontslag ontdekt tijdens een heropname of polikliniek bezoek[12]. In het rapport uit 2007 werd voorts vastgesteld dat onbedoelde schade die pas later, dus na ontslag, ontdekt werd vaker hoog vermijdbaar was (50%). [13]

2.2.2 Aantal (potentiële) claims

In het kader van dit onderzoek is een relevante vraag hoe bovenstaande gegevens zich verhouden tot het aantal potentiële claims. Daarbij is enige voorzichtigheid op z'n plaats aangezien de begrippen en definities die de onderzoekers in bovengenoemde rapporten hanteren hun achtergrond vinden in het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg en geen juridische betekenis hebben.[14] Niettemin mag verondersteld worden dat, afgaande op de door de onderzoekers gehanteerde definitie van een vermijdbare *adverse event*, in de meeste

12 Langelaan e.a. 2010, p. 46.
13 De Bruijne e.a. 2007, p. 37.
14 Legemaate 2011, p. 14.

gevallen ook sprake zal zijn van een medische fout[15]. Dat volgt uit de definitie die voor 'vermijdbare schade' wordt gehanteerd: "een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt".

Daarmee is evenwel niet gezegd dat het aantal potentiële claims grosso modo gelijk is te stellen met het aantal gevallen van vermijdbare schade. Enerzijds zal niet steeds bij 'vermijdbare schade' sprake zijn van voor vergoeding in aanmerking komende schade. Bedacht zij in dat verband, bijvoorbeeld, dat Nederland geen vergoeding van 'affectieschade' kent; overlijden van een naaste hoeft geen recht op schadevergoeding te geven. Ook zal er voor de patiënt zelf vaak geen financiële schade van betekenis zijn omdat deze door het ziekenhuis wordt gedragen of door een verzekering aan de zijde van de patiënt (bijvoorbeeld een ziektekostenverzekering) wordt gedekt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kosten voor herstelbehandelingen en een verlengd verblijf. Tevens dient bedacht te worden dat waar het de vergoeding van immateriële schade betreft (smartengeld) het Nederlandse schadevergoedingsrecht zeer bescheiden is.

Anderzijds is voor het aantal potentiële claims van belang dat een vordering tot schadevergoeding ook kan voortvloeien uit een ander type medische fout dan een *adverse event* in de hierboven gedefinieerde zin. Te denken is, bijvoorbeeld, aan het niet voldoen aan de verplichting de patiënt voor de behandeling voldoende in te lichten over eventuele risico's (informed consent). Er kan dus ook sprake zijn van een medische fout en daaruit voortvloeiende aansprakelijkheid in gevallen waarin gesproken kan worden van een 'normale' complicatie.

Toch lijkt wel aannemelijk dat het aantal gevallen waarin schade van patiënten door de (verzekeraar van de) zorgverlener wordt vergoed slechts een gedeelte vormt van de gevallen waarin patiënten die te maken krijgen met potentieel vermijdbare schade volgens de geldende regels van civielrechtelijke aansprakelijkheid recht zouden hebben op vergoeding van schade. Uit antwoorden van de Minister van VWS op Kamervragen blijkt dat Medirisk en Centramed elk jaar gemiddeld genomen tussen de 2000 en 2200 schadeclaims voorgelegd krijgen.[16]

---

15 De definitie van vermijdbaar zoals dat in de rapporten wordt gehanteerd lijkt echter door de woorden 'in retrospect' toch wel enige ruimte tussen deze begrippen te laten. (Zie in dit verband ook nog hoofdstuk 6 resp. hoofstuk 5 van de rapporten waarin, voor zover dit op basis van dossieronderzoek mogelijk was , een hoofdoorzaak werd aangewezen).

16 Kamerstukken II 2010/11, Aanhangsel van de handelingen, nr. 3171. Ten aanzien van de uitgekeerde bedragen wordt voorts opgemerkt. "Op grond van gegevens van MediRisk over de afgelopen jaren blijkt dat gemiddeld een bedrag van € 19.197 aan schadevergoeding aan de patiënt is uitgekeerd. In dit bedrag zijn de kosten inbegrepen van buitengerechtelijke bijstand

Dit aantal omvat niet de schadeclaims die ziekenhuizen – doorgaans in het kader van een met de verzekeraar overeengekomen eigen risico - zelf afdoen. Geschat wordt dat het in totaal om 2500 tot 3000 zaken gaat. Bovendien blijkt uit recente antwoorden van de Minister op Kamervragen dat minder dan 50% van de gevallen een claim wordt gehonoreerd.[17] Dat komt dus neer op ongeveer 1200 tot 1400 gevallen per jaar waarin tot uitkering van schade wordt overgegaan. Wanneer men deze cijfers afzet tegen de bovenstaande cijfers over potentieel vermijdbare schade in Nederlandse ziekenhuizen dan lijkt toch wel de conclusie gerechtvaardigd dat een onbekend, maar substantieel aantal patiënten niet krijgt waar het recht op heeft en dat het primaire doel van het civiele aansprakelijkheidsrecht, herstel of compensatie van geleden schade in de gezondheidszorg maar in beperkte mate wordt gerealiseerd. [18]

2.3 De gevolgen van een incident voor de patiënt

In de literatuur wordt geconstateerd dat wie in een ziekenhuis een medische behandeling moet ondergaan, zich veelal fysiek of psychologisch in een kwetsbare positie bevindt. Men legt zijn lot in handen van de arts en kan slechts afwachten of alles zonder problemen verloopt. Als er dan onverwachts 'iets fout gaat' dan kan dat voor de patiënt een traumatische gebeurtenis zijn.

> *"Patients are often in vulnerable physical or psychological states, even with routine procedures. Therefore, when harm from an unexpected event occurs, especially from someone they trust, reactions can be severe and traumatic. Traumatic events are characterized as being 'generally outside the range of usual human experience'. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) defines 'trauma' as when subjective horror, fear, or helplessness is reported post experience. Using this definition, the participants explained three types of trauma that occurred with adverse medical events: physical, emotional, and financial."*[19]

Patiënten die geconfronteerd worden met onverwachte uitkomsten van een medische behandeling, kunnen diverse negatieve emoties ervaren zoals neerslachtigheid en depressie.[20] Ze vrezen dat er nog meer misgaat met hun be-

---

van een door de patiënt ingeschakelde belangenbehartiger. Bij Centramed bedraagt het gemiddelde bedrag dat is uitgekeerd voor de zaken die in de periode 2006 tot en met 2010 zijn afgewikkeld € 14 793 per patiënt."

17 Medirisk en Centramed hebben aangegeven dat 52% c.q. 55 % van de claims niet wordt uitgekeerd. Kamerstukken II 2012/13, Aanhangsel van de Handelingen, nr. 354, p. 1.

18 Legemaat 2011, p. 15. Vergelijk ook Stichting de Ombudsman 2008, p 10.

19 Duclos e.a. 2005, p. 481.

20 O'Conner 2010; Mazor 2009.

handeling, zijn gefrustreerd over hun vertraagde herstel en over het feit dat het incident mogelijk voorkomen had kunnen worden. Patiënten die geconfronteerd worden met onbedoelde gevolgen van medisch handelen (een *adverse event*) kunnen niet alleen te kampen krijgen met de fysieke en emotionele gevolgen, maar ook met ingrijpende financiële consequenties. In dit verband wordt zelfs van drie typen mogelijke trauma's gesproken: een fysiek, een emotioneel en een financieel trauma.[21] Deze trauma's kunnen een cumulerend en onderling versterkend effect hebben.

2.4 Behoeften en verwachtingen van patiënten na een incident

Uit een groeiende hoeveelheid (internationale) literatuur ontstaat een vrij duidelijk beeld van de behoeften van patiënten en hun familie na een medisch incident.[22] Zich baserend op een uitgebreide review van de bestaande literatuur stellen O'Connor e.a.:

> *"The information desired following a patient safety incident includes: an explanation of what happened, how and why it happened; the implications for their health and how future incidents and errors will be prevented. Apologies are important to patients and are a necessary part of the resolution process following an adverse event. Patients indicate that they want to know that a healthcare professional and their institution regret what happened to them."* [23]

Men zou deze behoeften als volgt kunnen opsommen:

1) informatie en goede communicatie. Dat wil zeggen openheid over het incident, wat is er gebeurd, hoe is het gebeurd, en voor zover nog niet alles bekend is, wanneer is die duidelijkheid er wel, hoe wordt het uitgezocht;

---

21 Duclos e.a. (2005, p. 481) stellen dat het financiële trauma een in de literatuur over de impact van medische fouten onderbelicht gebleven aspect is. Dit terwijl juist alle patiënten in hun onderzoek aangaven met ernstige financiële problemen geconfronteerd te zijn. Het 'financiële trauma' versterkt ook veelal ook het emotionele trauma.

22 Zie voor een uitgebreide *literature review* O'Connor e.a. 2010. Zie voorts Manser 2011; Truog e.a. 2011;. Mazor e.a. (2009) constateren wel methodologische beperkingen in de onderzoeken die zijn verricht. Er wordt op gewezen dat de studies in bepaalde opzichten veelal belangrijke beperkingen kennen, ofwel omdat ze betrekking hebben op hypothetische situaties (bijv. een vignetten- of een simulatiestudie betreffen), ofwel omdat ze betrekking hebben op een nader gespecificeerde groep patiënten, bijvoorbeeld de groep patiënten die juridische stappen onderneemt.

23 Opgemerkt zij dat uitgangspunt is dat sprake is van een medische fout. Dat hoeft, als gezegd, bij een medisch incident zoals dat in dit rapport is gedefinieerd niet zo te zijn. Als geen sprake is van een fout, komt ook de behoeft aan excuses in een ander licht te staan.

2) als er een fout is gemaakt: erkenning van die fout, het nemen van verantwoordelijkheid daarvoor, het maken van excuses;
3) duidelijkheid over de gevolgen voor de gezondheid van de patiënt, de mogelijkheden voor herstelbehandelingen;
4) maatregelen ter voorkoming van de fout in de toekomst;
5) vergoeding van eventuele financiële schade.

In de eerste plaats verlangen patiënten en hun familie dat zorgverleners open en eerlijk zijn wanneer zich een incident voordoet.[24] Dit geldt ook voor niet-ernstige fouten.[25] Informatieverstrekking en goede communicatie spelen een centrale rol. Patiënten die een goede communicatie met hun zorgverlener ervaren, ervaren ook minder emotionele gevolgen.[26] Patiënten hebben informatie nodig om met het medisch incident om te kunnen gaan en willen weten dat de zorgverlener en de zorginstelling betreuren wat er is gebeurd en medeleven toont. Als er openheid van zaken wordt gegeven en een excuus wordt aangeboden dan verminderd dat de emotionele en mogelijk zelfs de fysieke impact van het incident.[27] Dat laatste niet alleen omdat de psychische gesteldheid van de patiënt ook invloed heeft op zijn fysieke herstel, maar ook omdat openheid tijdige en adequate herstelbehandelingen mogelijk maakt. In dat verband is ook van belang dat openheid de door de fout beschadigde vertrouwensrelatie tussen arts en zorgverlener kan helpen herstellen[28].

Patiënten willen ook dat geïnformeerd wordt naar hun specifieke behoeften. Zo gaven in een op focusgroepen gebaseerd onderzoek van Duclos c.s. deelnemende patiënten aan dat na een medisch incident zou moeten worden overgegaan tot een '*full assesment of aftercare needs*', met inbegrip van een inschatting van de noodzaak van korte of lange termijn therapie of ondersteuning in verband met een trauma van fysieke, emotionele en/of financiële aard. Voorts gaven ze aan dat er een onafhankelijke ombudsman zou moeten zijn die de patiënt in dit proces kan bijstaan. Deze persoon moet onafhankelijk zijn en mag dan ook niet gelieerd zijn aan de zorgverlener of de zorginstelling.[29]

Iedema e.a. hebben op basis van 100 interviews de ervaringen van 100 Australische patiënten en hun familie met *open disclosure* gesprekken in kaart gebracht.[30] Zij komen op basis van deze gesprekken tot een aantal beginselen

24 Zie bijv. Duclos e.a. 2005 en Gallagher e.a. 2003.
25 Witman e.a. 1996.
26 Mazor 2009.
27 O'Conner 2010, p. 3; Allan & Mc Killop 2010.
28 Zie o.a. Helmchen e.a. 2010; Wu e.a. 2009; Mazor e.a. 2004; Schwappach 2004.
29 Duclos e.a. 2005 p. 483.
30 Iedema e.a. 2011a.

voor *effective incident disclosure.* [31] Het gaat daarbij zaken als een zorgvuldige voorbereiding, het feit dat disclosure gesprekken een dialoog met de patiënt moeten zijn (en geen monoloog van de arts), dat de patiënt een vast aanspreekpunt moet worden geboden en dat het contact tussen zorginstelling en patiënt in beginsel dient voort te duren totdat de hij aangeeft daar geen behoefte meer aan te hebben.

Onderzoek biedt ook duidelijke aanwijzingen voor het feit dat een adequate reactie van de zorgverlener (onnodige) juridisering kan voorkomen. Zo komt bijvoorbeeld uit een Engelse studie onder 227 patiënten en hun naasten naar voren dat voor veel eisers compensatie niet de enige of primaire motivatie is om dokters aan te klagen.[32] Als hoofdredenen voor het nemen van juridische stappen komen naar voren (in volgorde van belangrijkheid):

1) zorgen over de betrachte zorgvuldigheid. Zowel patiënten als naasten willen soortgelijke ongevallen in de toekomst voorkomen;
2) behoefte aan een verklaring/informatie. Hoe is het ongeval gebeurd en waarom;
3) compensatie voor materiële en immateriële schade;
4) verantwoordelijk stellen ('accountability') van de zorginstelling of de daarin werkzame zorgverleners.

Een aanzienlijk deel van de ondervraagden (41%) verklaarde bovendien dat maatregelen genomen hadden kunnen worden waardoor zij van het nemen van juridische stappen zouden hebben afgezien. De maatregelen die daarbij het meest genoemd werden waren (in volgorde van frequentie) het geven van een (bevredigender) verklaring en maken van verontschuldigingen,[33] het nemen van maatregelen om de fout recht te zetten, het betalen van compensatie, een correcte bejegening en het toegeven van fouten.[34]

---

31 Zie in dit verband ook Truog e.a. 2011.

32 Vincent e.a. 1994. Zie voor soortgelijke studies Huver e.a 2007; Bismark e.a. 2006; Mulcahy 2003; Sloan 1997, p. 39-40. En met betrekking tot 'formele' klagers: Kruikemeier e.a. 2009. Voorts is uit onderzoek gebleken dat betrokken juristen en claimanten sterk uiteenlopende percepties hebben van waar patiënten die juridische stappen nemen op uit zijn. Juristen (met name aan de zijde van de arts, maar soms ook aan de zijde van patiënt zelf) duiden de motieven hoofdzakelijk als financieel. Patiënten zelf verklaren echter dat het hen primair gaat om erkenning van fouten en verantwoordelijkheid, voorkoming van herhaling, het verkrijgen van antwoorden en het verkrijgen van excuses (Relis 2007). De hierna te bespreken onderzoeken van De Stichting de Ombudsman en de Universiteit van Tilburg wijzen in dezelfde richting.

33 Vermeldenswaard in dit verband is ook de reactie van de gedupeerden van fouten die zijn gemaakt bij operaties in het hartcentrum van het Radboud-ziekenhuis in Nijmegen. Van de 78 geregistreerde gedupeerden dienen er 29 een schadeclaim in. "De rest neemt genoegen met uitleg en excuses." (Het Parool van 25 november 2006).

34 Vincent e.a. 1994, p. 1612. Buitenlandse studies laten zien dat het betrachten van openheid en het maken van excuses claims kan helpen voorkomen en tot de geneigdheid tot schikken verhogen

2.5 Gevolgen voor en behoeften van zorgverleners

Internationaal onderzoek wijst uit dat een medische fout niet alleen ingrijpende emotionele en psychische gevolgen kan hebben voor de patiënt, maar ook voor de zorgverlener die de fout heeft begaan.[35] Illustratief in dit verband zijn ook de verhalen van Nederlandse artsen over hun persoonlijke ervaringen met fouten. [36] In dit verband wordt ook wel gesproken van de zorgverlener als tweede slachtoffer.[37] Het gaat daarbij om negatieve emoties zoals angst voor toekomstige fouten, slapeloosheid, verminderd zelfvertrouwen, schuldgevoelens en depressiviteit.

> *"Signs and symptoms are similar to those in acute stress disorder, including initial numbness, detachment, and even depersonalisation, confusion, anxiety, grief and depression, withdrawal or agitation, and re-experiencing of the event. Added symptoms related to medical errors include shame, guilt, anger and selfdoubt. Lack of concentration and poor memory are also common, and the affected person may be significantly impaired in performing usual roles. These symptoms may last days to weeks."* [38]

Een deel van artsen kampt met langdurige psychische gevolgen die vergelijkbaar zijn met een post traumatische stress stoornis (PTSS), zoals herbelevingen van het incident, nachtmerries en ontwijkingsgedrag.[39] Vaak heeft dit een significante invloed op hun functioneren en kan er zelfs toe leiden dat zorgverleners besluiten uit het vak te stappen.[40]

Onderzoek laat zien dat artsen behoefte hebben aan institutionele en collegiale steun en suggereert dat het praten over het gebeurde met collega's en leidinggevenden voor zorgverleners de belangrijkste manier is om met de fout om te gaan.[41] Daarnaast blijkt uit onderzoek dat zorgverleners binnen hun organisatie zelden de ondersteuning krijgen die ze verlangen.[42]

(Robbennolt 2009; Feinman 2009). Ook zijn er duidelijke aanwijzingen dat openheid en excuses een gunstig effect hebben op het fysieke herstel van de patiënt die het slachtoffer wordt van een medische fout (Allan & Mc Killop 2010).

35 Syrriyeh e.a 2010; Schwappach & Boluarte 2009, Waterman e.a 2007; Banja 2005.

36 CBO 2009; Van Bon & Molendijk 2009. Ook kan nog gewezen worden op een recent grootschalig vragenlijst onderzoek onder een grote groep specialisten. 46% van de bevraagde specialisten gaf te kennen wel eens wakker te liggen van een gemaakte medische fout. VvAA 2011, p. 13.

37 Wu e.a. 2000.

38 Wu & Steckelberg 2012, p. 267.

39 Scott e.a. 2009.

40 Wu & Steckelberg 2012, p. 1.

41 Zie o.a. de systematische reviews van Seys e.a. 2012 en Schwappach & Boluarte 2009; Bell e.a 2010;

42 Manser 2011, p. 171.

2.6 Opvang- en schadeafwikkelingspraktijken

2.6.1 Gebrekkige openheid in de praktijk

Dat in geval van een medisch incident jegens patiënten en hun familie openheid moet worden betracht, is in uitgangspunt niet omstreden.[43] Van Bon en Molendijk schrijven in hun boek 'Als het misgaat, Over openheid van fouten na een incident': [44]

> *"Nadat een incident heeft plaatsgevonden, is het ondersteunen van de patiënt en het herstellen van de arts-patiëntrelatie onze voornaamste doelstelling. De patiënt en zijn familie hebben recht op de details van het incident en de eventuele gevolgen. De communicatie moet daarom openhartig, tijdig en ondersteunend zijn. Wij moeten de vijandige patiëntrelatie die een terughoudende, op aansprakelijkheid gerichte benadering in de communicatie met de patiënt in de hand werkt, zien om te buigen. De rol van de zorgverlener is om troost en steun te bieden en zich voldoende rekenschap te geven van alle behoeften van de patiënt. Openheid en samenwerking zijn daarbij van het grootse belang.(…)."*

Nergens wordt betoogd (nationaal noch internationaal) dat die verplichting er niet zou zijn. Voor openheid zijn verschillende overtuigende argumenten aan te voeren:[45]

- openheid over fouten is een vereiste om tot een verbetering van de patiëntveiligheid te komen. Informatie-uitwisseling over fouten maakt het mogelijk van fouten te leren en herhaling van soortgelijke fouten in de toekomst te voorkomen;
- het betrachten van openheid komt tegemoet aan belangrijke behoeften van de patiënt en kan verdere emotionele schade voorkomen;
- openheid voorkomt dat de patiënt mogelijk schadebeperkende- of herstellende zorg wordt onthouden;
- het betrachten van openheid sluit aan bij de innerlijke overtuiging van zorgverleners dat er een morele plicht bestaat tot open zijn over fouten
- het betrachten van openheid kan ook de emotionele en psychische gevolgen van het incident voor de arts beperken;[46]
- het betrachten van openheid kan onnodige juridisering voorkomen.

[43] Zo laat onderzoek onder een groot aantal Amerikaanse en Canadese artsen laat zien dat 98 % van de artsen van mening is dat ernstige adverse events gemeld moeten worden aan de patiënt en 78% vindt dat ook in geval van minor adverse event. Zie Gallagher e.a. 2003.

[44] Van Bon & Molendijk 2009, p. 7.

[45] Truog e.a. 2011, p. 37; Gallagher e.a. 2009; Banja 2008; Stokes e.a. 2006, p. 705-706.

[46] Truog e.a. 2011, p. 43.

Illustratief zijn in dit verband ook de resultaten van een recent vragenlijst-onderzoek onder 115 internisten in Nederlandse ziekenhuizen. Voor deze artsen bleken de volgende motieven het meest belangrijk:[47]

- het voorkomen van soortgelijke fouten in de toekomst;
- anderen in staat te stellen van fouten te leren;
- het is hun morele plicht;
- het verbeteren van de patiëntveiligheid;
- men zou dit zelf gewild hebben als men patiënt zou zijn geweest.

De verplichting tot openheid is ook in groeiende mate in (rechts)normen vastgelegd. Voor Nederland kan daarbij onder andere meer specifiek gewezen worden op het KNMG richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht'[48], de Gedragscode Openheid medische incidenten: betere afwikkeling Medische aansprakelijkheid (GOMA)[49] en het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg.[50]

Het punt lijkt veeleer te zijn dat de op zichzelf door iedereen onderschreven regel dat de zorgverlener openheid moet betrachten, in de praktijk gebrekkig wordt nageleefd. In een recente internationale *comprehensive review* van de literatuur over openheid over medische incidenten – de auteurs betrokken 82 publicaties in hun *review* – wordt geconcludeerd:[51]

> "*Both healthcare professionals and patients support the concept of disclosing adverse events then they occur. Despite this agreement disclosure is far from universal. Closing the gap between aspirations and the reality of disclosure will be challenging as it entails a change in attitude among healthcare professionals and a greater understanding from institutions about the effect on litigation*."

Dat er inderdaad een gat bestaat tussen norm en praktijk wordt ook ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat artsen lang niet altijd open zijn.[52] Zo laten onderzoeken zien dat hoewel artsen de verplichting tot openheid onderschrijven zij, bijvoorbeeld geconfronteerd met specifieke scenario's, in een groot aantal gevallen aangeven dat ze geen openheid zouden betrachten.[53] Redenen voor deze

[47] Linthorst e.a. 2012, p. 247.
[48] KNMG 2007
[49] Te raadplegen via www.deletselschaderaad.nl
[50] *Kamerstukken II* 2009-2010, 32402, nr. 1-2. Zie meer uitgebreid over het recht op informatie over fouten Leenen e.a. 2011, p. 196 e.v..
[51] O'Conner 2010, p. 6.
[52] Manser 2011, p. 173.
[53] Mazor e.a. 2006, p.

terughoudendheid zijn vooral de overtuiging dat de gevolgen voor de patiënt beperkt zijn of het feit dat de patiënt niet op andere wijze van de fout op de hoogte is of kan zijn.[54] Vermeldenswaard in dit verband zijn ook de uitkomsten van een recente studie van het VvAA. Daarin stelt 23% van ondervraagde specialisten wel eens een fout te hebben verzwegen.[55] De zorgverleners gaven aan dit vooral te doen uit angst voor de gevolgen voor de relatie met de patiënt. Ook het feit dat de gevolgen verwaarloosbaar waren wordt veelal als reden voor het verzwijgen genoemd; om onnodige verwarring en onrust te voorkomen. Opvallend is dat zorgverleners de angst voor gevolgen voor de patiënt aanzienlijk vaker als reden voor het verzwijgen van fouten noemen dan de angst voor de gevolgen voor henzelf.

Voorts kan gewezen worden op onderzoek waaruit blijkt dat ook als er een vorm van openheid wordt betracht, dit vaak maar gedeeltelijk aansluit op wat vanuit patiëntenperspectief moet worden beschouwd als volledige openheid (dat wil dus zeggen dat er adequate informatie wordt gegeven over het incident en de gevolgen daarvan voor de patiënt, dat de fout wordt erkend, dat zonodig excuses worden aangeboden en dat wordt aangegeven wat er gebeurt om herhaling te voorkomen).[56] Voor dit aspect kan bijvoorbeeld verwezen worden naar onderzoek Gallagher c.s..[57] Van de door hen ondervraagde Amerikaanse en Canadese artsen gaf 56% te kennen in gesprekken met de patiënt het woord 'fout' (error) zo veel mogelijk te vermijden. Ook de mate waarin de ondervraagde artsen patiënten zouden informeren over fouten die de patiënt zelf nog niet bemerkt had, varieerde aanzienlijk. Daarnaast kwam naar voren dat artsen het makkelijker vinden om spijt te betuigen (61%) dan om excuses (33%) te maken. Uit ander onderzoek onder blijkt dat, hoewel de meeste zorgverleners vinden dat je openheid moet betrachten, de meerderheid overgaat tot een vorm van gedeeltelijke of gebrekkige openheid in de zin dat deze bijvoorbeeld niet alle elementen bevat die vanuit patiëntperspectief gewenst zijn ('partial' disclosure), het aan de patiënt werd overgelaten een verband te leggen tussen de fout en de schade voor de patiënt ('connect the dots' disclosure) of waarin bijvoorbeeld de suggestie werd gewekt dat de onbedoelde uitkomsten waren te wijten aan de voorafgaande gesteldheid van de patiënt ('misleading' disclosure).[58]

54 Truog e.a. 2011, p. 38.
55 VvAA 2011, p. 10.
56 Truog e.a. 2011, p. 39.
57 Gallagher e.a.2006.
58 Fein e.a. 2007.

Tenslotte wijzen diverse studies naar de ervaringen van patiënten die te maken hebben gekregen met een medisch incident ook op een praktijk die – enigszins mild uitgedrukt - achterblijft bij het ideaal.[59]

Uit de beschikbare Nederlandse literatuur verrijst ook een dergelijk beeld. Zo suggereren rapporten van het NIVEL (Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg)[60], Stichting de Ombudsman (Overleven in de medische letselschadepraktijk)[61] en de Universiteit van Tilburg (Leemten in de slachtoffer-hulp)[62] dat ook bij ons niet steeds voldoende openheid wordt betracht.[63] In de eerste plaats hebben patiënten veelal de indruk dat hen geen volledige of eerlijke informatie is gegeven over wat er is misgegaan.

> "*Voor slachtoffers betekent dit niet alleen een gevoel van totale machteloosheid (wat kun je als leek-patiënt doen tegen een arts die zijn fouten niet toe wil geven?), maar in de meeste gevallen belemmert het tevens een goed overleg over een herstelbehandeling of hersteloperatie. Dit is hetgeen de slachtoffers het meeste dwarszit. In de verhalen van de slachtoffers is het gebrek aan openheid en eerlijkheid een steeds terugkomend thema.*"[64]

Voorts zeggen patiënten in plaats van met erkenning juist geconfronteerd te worden met ontkenning. Deze ontkenning ging niet zelden gepaard gaat met reactieve *victim blaming*, in die zin dat klachten worden toegeschreven aan psychische problemen van het slachtoffer in plaats van aan de medische fout.[65] Indien er verschil van mening ontstaat over het al dan niet gemaakt zijn van fouten, wordt door veel slachtoffers gesproken over het achterhouden van informatie in de dossiers of in operatieverslagen, maar wordt ook de veronderstelling geuit dat de informatie is gemanipuleerd.[66]

---

59 Iedema 2011a; Loren e.a. 2010; Manzor 2009. Overigens zijn er aanwijzingen dat de situatie in Nederland beter is dan in de meeste andere landen. Zie O'Conner 2010 p. 5 (verwijzend naar onderzoek uit 1998). Verg. ook het recente onderzoek van Linthorst e.a. 2012.

60 Kruikemeier e.a. 2009.

61 Stichting de Ombudsman 2008.

62 Van Dijk & Van Mierlo 2009.

63 Zie in dit verband ook verschillende verslagen van patiënten over hun ervaringen na een medisch incident. Zie in het bijzonder De Kruijf 2012 en Servais 2011.

64 Van Dijk & Van Mierlo 2009, p. 70.

65 Van Dijk & Van Mierlo 2009, p. 73.

66 Van Dijk & Van Mierlo 2009, p. 81-82. In het onderzoek van de Stichting de Ombudsman werd vastgesteld dat dossiers vaak onvolledig en rommelig zijn samengesteld en dat delen van de medische dossiers in sommige gevallen zeer slecht te lezen waren. Stichting de Ombudsman 2008, p. 54.

Van Dijk en van Mierlo vatten hun bevindingen als volgt samen:[67]

> *"Bij slachtoffers van medische fouten leidt het gebrek aan openheid en gepercipieerde oneerlijkheid van de hulpverleners tot verontwaardiging en verbittering die qua intensiteit niet onder doet voor die van misdaadslachtoffers. Ook schadevergoeding heeft voor hen, voor zover überhaupt relevant, vooral de betekenis van "erkenning". De verhalen bevestigen de in de literatuur genoemde prioriteit die de gedupeerden geven aan openheid over gemaakte fouten, het toezeggen van verbeteringen, en excuses boven schadevergoeding. Het gemis van adequate opvang en hulpverlening van patiënten die menen slachtoffer te zijn geworden van een medische fout staat in schril contrast tot de uitgesproken positieve oordelen van slachtoffers van geweld en verkeersongelukken over de uitstekende hulpverlening door medische hulpverleners in Nederlandse ziekenhuizen en revalidatiecentra."*

De Tilburgse onderzoekers identificeren de volgende leemten in het hulpaanbod m.b.t. tot de verschillende behoeften van slachtoffers van medische slachtoffer:[68]

- eerste opvang en bejegening door slachtoffers van medische fouten schiet ernstig te kort. Dit vloeit voort uit de ontkenning dat er fouten zijn gemaakt;
- onvoldoende bewustzijn in medische wereld van het fenomeen van victim blaming als defensiemechanisme/medische arrogantie;
- voor slachtoffers van medische fouten is er nauwelijks sprake van informatie indien de fout niet wordt erkend. De patiënt krijgt dan ook geen informatie over mogelijke hersteloperaties;
- bij slachtoffers van medische fouten is geen sprake van erkenning maar van ontkenning, er worden dus geen excuses gemaakt en geen verbeteringen toegezegd;
- voor slachtoffers van medische fouten heeft een schadeclaim geen prioriteit. *It is not about the money but the principle;*
- voor slachtoffers van medische fouten is de emotionele hulp bij ontkenning geheel afwezig.

---

67 Van Dijk & Van Mierlo 2009, p. 114 e.v.. Wel merken de onderzoekers op dat vanwege de selectiviteit van de respondenten, immers allen bekend bij de belangenorganisatie SIN-NL, en de gehanteerde, narratieve onderzoeksmethode, kunnen aan deze uitkomsten geen harde conclusies worden verbonden.

68 Zie Tabel 1, p. 103-110.

2.6.2 Factoren die aan *open disclosure* in de weg kunnen staan

Voor de kloof tussen de in abstracto algemeen gevoelde en onderschreven morele (en in toenemende mate in gedragsnormen vastgelegde) plicht tot openheid en de mate van openheid die in concreto wordt betracht, kunnen verschillende verklaringen worden aangevoerd. Er is vrij uitvoerig onderzoek gedaan naar de diverse factoren die in de praktijk een beletsel kunnen vormen voor openheid over incidenten en fouten.[69] Zo werd in een Amerikaanse studie (op basis van een uitgebreide literatuurstudie en focusgroepen met artsen) tot de volgende indeling van openheidsbelemmerende factoren gekomen.[70]

69 Zie onder andere Iedema e.a. 2011b; Truog e.a. 2011 p. 41 e.v.; Levinson 2009.

70 Kaldjian e.a. 2006. Zie ook O'Conner e.a. 2010, p. 4; Levinson 2009. Zie voorts voor de bijzondere dilemma's die zich in dit verband t.a.v. grootschalige incidenten voordoen Dudzinski 2010 en Chafe 2009.

Tabel 1: Openheidsbelemmerende factoren (Kaldjian e.a. 2006)

Attitudinal Barriers	Helplessness
• Perpetuating perfectionism, and blaming and humiliating those involved with errors • Perpetuating silence about errors, denying errors, or believing others don't need to know about one's errors • Being arrogant and proud • Placing self-interests before patient-interests • Allowing competition with peers to inhibit disclosure • Believing disclosure is an optional act of heroism • Doubting the benefits of disclosure	• Lacking control of what happens to information once it is disclosed • Lacking confidentially or immunity after disclosure • Lacking institutional and collegial support after disclosure or a professional forum for discussion • Believing error reporting systems penalize those who are honest • Lacking feedback after reporting errors or a sense of ownership in the quality improvement process • Lacking time to disclose errors • Feeling helpless about errors because one cannot control enough of the system of care
Uncertainties	**Fears and Anxieties**
• Being uncertain about how to disclose • Being uncertain about which errors should be disclosed • Being uncertain about the cause of an adverse event • Disagreeing with a supervisor or trainee about whether an error occurred	• Fearing legal or financial liability • Fearing professional discipline, loss of reputation, loss of position, or loss of advancement • Fearing patient's or family's anger, anxiety, loss of confidence, or termination of physician-patient relationship • Fearing the need to admit actual negligence • Fearing the need to disclose an error that cannot be corrected • Fearing the possibility of looking foolish in front of junior colleagues or trainees • Fearing negative publicity • Fearing the possibility of 'fall out' on colleagues • Feeling a sense of personal failure, loss of self-esteem, or threat to one's identity as a healer

De factoren die gecategoriseerd staan onder *Atitudinal barriers* lijken in belangrijke mate teruggevoerd te kunnen worden op een beroepscultuur onder artsen die wel is omschreven als *medical narcissism*.[71] Daarmee wordt gedoeld op een door training en praktijk gevoede cultuur waar de schijn wordt opgehouden dat artsen geen fouten maken.[72] Van Dijk en Van Mierlo zien in dit fenomeen ook een mogelijke verklaring voor het feit dat zij in hun onderzoek in een relatief groot aantal gevallen stuitte op ervaringen van reactieve *victim blaming* door medische hulpverleners.[73]

> "*Wellicht is een grote mate van professioneel zelfvertrouwen een noodzakelijke beroep competentie voor bepaalde medische specialisaties en verdringing van fouten dus een ongewenste keerzijde van een op zichzelf positieve eigenschap*."

Ook gevoelens van twijfel en onzekerheid, bijvoorbeeld over de vraag of er daadwerkelijk sprake was van een fout en of de fout wel ernstig genoeg was om aan de orde te stellen, kunnen artsen weerhouden open te zijn. In dit verband is van belang dat onderzoeken laten zien dat artsen de neiging hebben om onverwachte uitkomsten als minder ernstig te beschouwen dan patiënten dat doen, en dat artsen daarom ook minder snel geneigd zijn een gehoudenheid tot openheid aan te nemen.[74] Daarnaast blijken patiënten ook eerder geneigd iets als een fout te betitelen en zijn zij sneller dan artsen van mening dat een medisch incident aanleiding geeft tot het betrachten van openheid (bijvoorbeeld ook in geval van kleine fouten of *near misses*).[75]

Zorgverleners kunnen het ook niet steeds in het belang van de patiënt achten om deze in te lichten over een medisch incident met het oog op de mogelijke impact op zijn psychische welzijn. In de Engelstalige literatuur wordt dit aangeduid met de term *benovelent deception*. In een dergelijke situatie is dus feitelijk sprake van twee conflicterende morele verplichtingen: enerzijds die tot het betrachten van openheid en anderzijds die tot handelen in het gezondheidsbelang van de patiënt. In de literatuur is wel betoogt dat in dat soort gevallen het oordeel van

---

71 Banja 2005.

72 Truog e.a. 2011 p. 41.

73 Van Dijk & Van Mierlo 2009 p.75-76. In ten minste acht van de ongeveer twintig opgetekende verhalen van de slachtoffers van medische fouten kwam dit verschijnsel naar voren, en in een van de focusgroepen werd het door de overige deelnemers onmiddellijk herkend. Dit wijst er volgende de onderzoekers op dat het hier niet om incidenten gaat, maar dat het verschijnsel structureel voorkomt.

74 Iedema e.a. 2011b; Gallagher e.a. 2003.

75 Truog e.a. 2011, p. 31.

een neutrale derde zou dienen te worden betrokken in de beslissing de patiënt informatie over het incident te onthouden.[76]

Ook zal de arts veelal een psychologische drempel ervaren om zijn eigen fouten met degene die daarvan het slachtoffer is geworden te bespreken. Men twijfelt bijvoorbeeld over de eigen communicatieve capaciteiten (en vreest bijvoorbeeld de zaak alleen maar te verergeren door de verkeerde dingen te zeggen) en vreest de reactie van de patiënt en zijn familie. Ook al ben je als arts van goede wil, dan nog is het de vraag hoe je het goed doet.

> "*Disclosures are complex and subtle discussions and should be tailored to the nature of the event, the clinical context, and the patient–provider relationship; as such, they are not amenable to "cookbook" rules specifying what information to disclose*"[77]

Onderzoek onder artsen laat zien dat zij zich vaak onvoldoende toegerust voelen voor het voeren van een dergelijk slecht nieuws gesprek.[78] Illustratief in dit verband zijn ook de resultaten van een tweetal recente Nederlandse studies. Zo gaf in het eerder aangehaalde onderzoek van Linthorst e.a. tweederde van de respondenten aan het betrachten van openheid moeilijk te vinden. Meer dan de helft beschouwt dit zelfs als stressvol.[79] Uit het vragenlijst onderzoek van de VvAA onder 354 medisch specialisten kwam naar voren dat tweederde van hen van mening is dat in dit verband tijdens de opleiding onvoldoende aandacht wordt besteed aan medische fouten.[80]

Met name angst voor de gevolgen (*Fears and Anxieties*) kan een belangrijke belemmering vormen voor openheid over (potentiële) fouten. De angst voor reputatieschade of represailles kan artsen er van weerhouden openheid te betrachten, met name in gevallen waarin de fout anders (vermoedelijk) onopgemerkt zou blijven. [81] Het meest genoemd in dit verband is de vrees voor aansprakelijkheid c.q. de angst door erkenning van aansprakelijkheid in strijd

76 Gallagher e.a. 2009. Zie voor de therapeutische exceptie naar Nederlands recht: Leenen e.a. 2011, p. 198 e.v.. Art. 7:448 lid 3 BW bepaalt dat de arts van de therapeutische exceptie geen gebruik maakt dan nadat hij daarover een collega heeft geraadpleegd.

77 Gallagher 2007, p. 2715.

78 Zie O'Conner e.a. 2010 p. 6; Iedema e.a. 2008; Stokes e.a. 2006, p. 707 e.v.. Inmiddels is er in diverse landen meer aandacht gekomen voor dit onderwerp in de opleiding van artsen, waarbij er waarschijnlijk ook meerwaarde zit in het trainen op teamniveau om ook de interne teamcommunicatie na een *adverse event* te verbeteren (O'Conner 2010, p. 6).

79 Linthorst e.a. 2012, p. 247.

80 VvAA 2011, p. 10.

81 Zie bijv. Iedema e.a. 2011b.

met de door de aansprakelijkheidsverzekeraar gehanteerde polisvoorwaarden te handelen (op straffe van het ontbreken van dekking).[82]

Ook in Nederland is er in het verleden discussie gevoerd over de vraag of de polisvoorwaarden van aansprakelijkheidsverzekeraars wel toestaan dat artsen met patiënten open en eerlijk praten over fouten.[83] Hoewel reeds betoogd kan worden dat art. 7:448 BW, dat in algemene zin het recht van de patiënt op informatie regelt, regelingen en afspraken die de informatieplicht van artsen beperken verbiedt (immers zeer wel verdedigbaar is dat deze informatieplicht zich ook uitstrekt tot informatie over fouten), stelt het in 2006 in werking getreden art. 7:953 BW buiten twijfel dat artsen openheid mogen betrachten wanneer er iets is fout gelopen. Deze bepaling luidt:

> '*Indien een verzekering tegen aansprakelijkheid bepaalde erkenningen door de verzekerde verbiedt, heeft overtreding van dat verbod geen gevolg voor zover de erkenning juist is. Een verbod tot erkenning van feiten heeft nimmer gevolg*.'

Wel doet de zorgverlener er verstandig aan zich bij de feiten te houden en zich niet uit te laten over eventuele aansprakelijkheid.[84] Het lijkt er overigens op dat dit voor artsen gevoelsmatig een lastig onderscheid blijft. [85] Wel kan worden vastgesteld dat verzekeraars inmiddels actief de boodschap uitdragen dat de arts vrijuit mag spreken zolang hij zich bij de feiten houdt en dat zij artsen proberen te overtuigen van het belang van goede communicatie.[86] Opvallend in dit verband is voorts dat in het onderzoek van Linthorst e.a. de ondervraagde internisten aangaven dat juridische overwegingen geen noemenswaardige rol spelen waar het de bereidheid tot openheid betreft.[87]

---

82 Zie bijv. Studdert e.a. 2007.

83 Leenen e.a 2011 p. 196-198; Legemaate 2007, p. 2. Een tot enige jaren geleden gebruikelijke standaard polisvoorwaarde luidde als volgt: 'De verzekerde is verplicht (...) zich te onthouden van iedere erkenning van schuld of aansprakelijkheid en in het algemeen van alles, wat de belangen van de verzekeringsmaatschappij kan benadelen. Hieronder wordt niet verstaan het verstrekken van feitelijke medische informatie aan de patiënt respectievelijk diens nabestaanden.' In deze formulering liggen zowel beperkingen (geen erkenning van schuld of aansprakelijkheid) als ruimte (wel praten over feitelijke medische informatie) besloten. De gangbare interpretatie door artsen (die werd gevoed door uiteenlopende uitspraken van aansprakelijkheidsverzekeraars over deze polisvoorwaarde) was echter dat zij met patiënten in het geheel niet over fouten mogen praten. Zie Leenen e.a. 2011, p. 196.

84 Leenen e.a. 2011, p. 197-198.

85 Dat bleek nog eens in een uitzending van het programma De Ombudsman van de VARA, Uitzending van 26 november 2010. Ook in de expertmeetings werd onderkend dat op dit punt nog steeds verbetering mogelijk is (zie hoofdstuk 4 onder vraag 1).

86 Zie www.letsgoma.nl

87 Linthorst e.a. 2012 p. 245.

Onduidelijkheid over het onderscheid 'fout gegaan' en 'fout gedaan' kan zich ook voordoen in de communicatie tussen zorgverlener en patiënt. Zo wordt in het rapport van Stichting de Ombudsman vastgesteld dat de hulpverlener in het evaluatiegesprek na de mislukte behandeling vaak de indruk wekt dat hij toegeeft dat hij een fout heeft gemaakt.[88] De hulpverlener dan wel zijn verzekeraar heeft echter een andere beleving van dat gesprek dan de patiënt en erkent geen aansprakelijkheid. De patiënt denkt dat de fout is 'toegegeven' en start een procedure. Wanneer het ziekenhuis daarop de verzekeraar inschakelt wordt 'aansprakelijkheid' toch een ander begrip. De behandelaar zelf verdwijnt uit beeld en de kans is groot dat het uitmondt in een juridische strijd tussen belangenbehartiger en verzekeraar.[89] De patiënt voelt zich daardoor gemangeld tussen hulpverlener en verzekeraar.

Ook de Commisie Lemstra stelt vast dat dit fenomeen zich voordoet en legt bovendien een verband met de juridische verhouding tussen ziekenhuis en verzekeraar:[90]

> "*Op grond van de polisvoorwaarden van de aansprakelijkheidsverzekering heeft het ziekenhuis geen zeggenschap over de inhoudelijke en procedurele behandeling van claims. Zijn taak is beperkt tot het op verzoek van de verzekeraar overleggen van de benodigde gegevens en het sluiten van vaststellingsovereenkomsten, indien de claimant instemt met een voorstel tot schikking van de zaak. Het ziekenhuis mag (en sinds kort: moet) open en eerlijk zijn tegenover patiënten over gemaakte fouten, maar mag zich niet uitlaten over de (eventuele) aansprakelijkheid. Het onderscheid tussen het toegeven van een gemaakte fout en het erkennen van aansprakelijkheid of schuld blijkt voor betrokkenen binnen het ziekenhuis doorgaans moeilijk te maken en leidt tot een afstandelijke en afwerende houding ten opzichte van de claimant. Voor patiënten die een claim hebben ingediend is die houding moeilijk te begrijpen en onverteerbaar; het ziekenhuis – en niet de aansprakelijkheidsverzekeraar – is immers hun aanspreekpunt. Bovendien kan het niet zo zijn dat polisvoorwaarden van een aansprakelijkheidsverzekering de wettelijk geregelde verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om de patiënt goed te informeren en te begeleiden geheel wegnemen.*"

Het bovenstaande in beschouwing nemend kan niet zonder meer verwacht worden dat een enkele gedragsnorm gericht aan de zorgverlener, zoals de

88 Stichting de Ombudsman 2008, p. 55. Dit blijk uit de helft van de onderzochte dossiers. In de dossiers was niet één verslag van een nagesprek te vinden terwijl een dergelijk gesprek wel heeft plaatsgevonden.
89 Stichting de Ombudsman 2008, p. 54.
90 Commissie Lemstra II 2010, p. 57.

normen die sinds kort zijn vastgelegd in de GOMA, voldoende zal zijn om de gewenste openheid te bewerkstelligen.[91] Daarvoor zijn bijkomende maatregelen vereist zoals scholing, training en ondersteuning van artsen, maar ook het realiseren van een openheidscultuur in de instelling waarin fouten in alle openheid besproken kunnen worden.[92] Zo concluderen Linthorst e.a.:[93]

> *"Organising a meeting to disclose errors is not sufficient in itself, professionals need to be convinced that disclosure is beneficial to medical care and the medical community. Therefore it should be stressed within departments that the creation of an atmosphere where disclosing errors is part of routine practice is not only vital to the patient, or the clinical care, but also serves the medical community in general. In addition, it is essential to pay attention to individual barriers along with the creation of a departmental culture where medical errors are openly discussed in a non-judgmental, respectful and safe atmosphere. It is suggested that much could be gained by aiding the reporting physician to alleviate the perceived stress, while at the same time maintaining confidentiality. In addition, possible negative publicity surrounding the disclosure should be identified and adequately addressed, and clarity should be given regarding what the consequences are for the reporting physician."*

2.6.3 Knelpunten in de medische letselschadepraktijk

Met name in de eerder genoemde rapport van Stichting de Ombudsman, maar ook in andere publicaties, wordt vrij uitvoerig ingegaan op de vraag hoe het komt dat het schadeafwikkelingproces bij een medisch incident voor de benadeelde zo belastend is.[94] In het rapport worden onder andere de volgende punten naar voren gebracht:

---

91 Sorensen e.a 2009, p. 157.

92 Seys e.a. 2012; Iedema e.a. 2011b; Manser 2011.

93 Linthorst e.a. 2012, p. 248.

94 Commissie Lemstra II 2010, p. 57-58; Stichting de Ombudsman 2008, p. 53-57. Zie ook Wijne 2011 en De Kezel 2009. In dit verband kan ook worden verwezen naar door de VU uitgevoerd kwalitatief onderzoek naar de behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het aansprakelijkheidsrecht (waaronder ook slachtoffers van medische fouten). Een prominente uitkomst van dit onderzoek is dat er een opmerkelijke discrepantie bestaat tussen het grote gewicht dat letselschadeslachtoffers en hun naasten hechten aan aspecten van immateriële aard zoals erkenning, waarheidsvinding, excuses en preventie enerzijds, en de vrijwel exclusieve focus van het feitelijke afwikkelingsproces op het vaststellen van de vergoeding voor materiële schade anderzijds. Die discrepantie werkt negatief uit voor de betrokkenen. Er bestaan voldoende aanwijzingen om aan te nemen dat het niet-vervullen van immateriële behoeften negatieve mechanismen in de kaart speelt, zoals secundaire victimisatie en secundaire ziektewinst, die belemmerend zijn voor het herstel. En omgekeerd kan worden aangenomen dat het wel-vervullen van immateriële behoeften positieve mechanismen bevordert, zoals procedurele rechtvaardigheid, die goed zijn voor het herstel. Zie Huver e.a. 2007.

1) Het is een langdurig traject, onder meer door de complexiteit van het beantwoorden van de schuldvraag (is er sprake van verwijtbaar handelen?), de vraag naar de causaliteit (is er een oorzakelijk verband tussen het handelen en de gestelde schade?) en tenslotte, als dit alles vaststaat, de vraag wat een redelijk inschatting is van de omvang van schade die voor vergoeding in aanmerking komt.
2) Het is een onoverzichtelijk traject; de patiënt weet niet wat hem te wachten staat, welke stappen doorlopen (moeten) worden, in welke fase an behandeling een claim op enig moment is etc.[95]
3) De bewijslast ligt bij de claimant en diens belangenbehartiger, terwijl de bewijsmiddelen in handen zijn van het ziekenhuis. Het blijkt voor de patiënt bijzonder moeilijk om de aansprakelijkheid van de hulpverlener te bewijzen. Uit het onderzoek van de Stichting de Ombudsman naar de samenstelling en de inhoud van het medisch dossier komt bovendien naar voren dat het dikwijls slordig is bijgehouden en onvolledig is. Elk ziekenhuis heeft bovendien zijn eigen protocollen. Het verschil in protocollen geeft volop ruimte aan discussies, als een behandeling niet volgens verwachting is verlopen.[96]
4) Beoordeling van de claim vindt plaats door degene die ook moet betalen en dus financieel belang heeft bij een lage schadelast.
5) Bejegening door de aansprakelijkheidsverzekeraar wordt als afwerend, soms agressief en/of achterdochtig ervaren ("bewijst u dat maar eens").
6) Onzekerheid over de uitkomst en daarmee over vergoeding van kosten. Wanneer een claim gehonoreerd wordt, dan komen de „redelijke kosten" tot vaststelling van aansprakelijkheid en van schade en de redelijke kosten tot verkrijging van voldoening buiten rechte voor rekening van het ziekenhuis (in geval van eigen risico) c.q. diens aansprakelijkheidsverzekeraar. Wordt de claim niet gehonoreerd, dan zijn die kosten in beginsel voor rekening van de claimant. Een oordeel van een medisch adviseur is duur maar noodzakelijk. Omdat het niet onder de door de overheid gefinancierde rechtshulp (een zogenoemde 'toevoeging') valt moet de patiënt deze kosten zelf dragen. Dit vormt voor de patiënt vaak een hindernis om een procedure te kunnen starten of door te kunnen

95 Stichting de Ombudsman (2008, p. 55) stelt dat de belangenbehartiger de patiënt te weinig inzicht geeft in het verloop van de zaak. "De belangenbehartiger heeft de taak de patiënt te adviseren over diens mogelijkheden en kansen, en hem daar zo nodig in te begeleiden. Hij laat zich op zijn beurt adviseren door een medisch adviseur. Deze extra schakel kost extra tijd. Uit het dossieronderzoek blijkt dat de belangenbehartiger de zaak regelmatig laat versloffen. Het probleem is dat de belangenbehartiger de patiënt niet voldoende bij de hand neemt en zich beperkt tot corresponderen met de wederpartij en de medisch adviseur. De cliënt/patiënt hoort dan soms maanden niets en vindt dat onbegrijpelijk."

96 Stichting de Ombudsman 2008, p. 54-55.

zetten.[97] Komt het tot een gerechtelijke procedure, dan gelden de regels van het burgerlijk procesrecht voor de verdeling van kosten: wie verliest, moet – behalve zijn eigen kosten – ook (een deel van) de kosten van de winnende partij dragen. Het indienen van een claim brengt dus altijd een financieel risico met zich mee. Dit gegeven werpt een hoge drempel op en vergt bovendien veel doorzettingsvermogen van claimanten.

2.7 Suggesties en initiatieven tot verbetering van opvang en schadeafwikkeling

In het reeds eerder genoemde rapport van Stichting De Ombudsman worden tevens aanbevelingen gedaan met als doel de procesgang voor de patiënt die te maken krijgen met een medisch incident te verbeteren.[98] Het betreft de volgende 15 aanbevelingen:

1. Hulpverleners dienen hun verplichting na te komen en de patiënt tijdens het voorgesprek goed te informeren over verloop en risico van de behandeling.
2. Wanneer bij een medische behandeling een complicatie of fout is opgetreden, dient standaard een nagesprek te volgen waarin de hulpverlener de patiënt klaarheid brengt over wat er is gebeurd en met welke gevolgen.
3. In de opleiding moeten behandelaars en andere hulpverleners meer worden getraind in het communiceren met patiënten wanneer er sprake is van een complicatie of fout.
4. Zorgverzekeraars dienen te worden gemotiveerd meer diensten aan te bieden aan hun verzekerden en de patiënt te ondersteunen in het achterhalen van de oorzaak van medische fout.[99]
5. Er moet een tegemoetkoming plaatsvinden in de bewijslast waarmee de betrokkene zich geconfronteerd ziet.[100]

---

97 Stichting de Ombudsman 2008, p. 60, Aanbeveling 8.

98 Stichting De Ombudsman 2008, p. 57-62.

99 De zorgverzekeraar kan hier een belangrijke rol spelen, aldus Stichting de Ombudsman, omdat er een gemeenschappelijk belang is, te weten het verbeteren van de kwaliteit in de zorg. Ook heeft de zorgverzekeraar verhaalsrecht.

100 “Een idee kan zijn om ziekenhuizen verplicht te stellen aan bepaalde kwaliteits- en kwantiteitseisen te voldoen. Bijvoorbeeld dat een hulpverlener alleen dan een (laparoscopische) ingreep mag verrichten, indien hij aantoonbaar een minimaal aantal van deze ingrepen heeft verricht in een bepaalde periode. Kan de hulpverlener/het ziekenhuis dit bewijs niet leveren, dan brengt dat een omkering van de bewijslast met zich mee: er wordt vanuit gegaan dat de letselschade is ontstaan als gevolg van het niet voldoen aan deze norm. De hulpverlener/het ziekenhuis heeft dan de mogelijkheid om tegenbewijs te leveren.”

6. Medisch adviseurs van de bij het geschil betrokken partijen dienen te streven naar eenstemmigheid in de keuze van onafhankelijke medisch deskundigen. [101]
7. Er dient een 'deskundigenregister' te komen van onafhankelijke medisch deskundigen.[102]
8. Om de toegankelijkheid van het recht te vergroten dient zowel de medisch adviseur als de medisch deskundige onder de gefinancierde rechtsbijstand (de toevoeging) te worden gebracht;
9. De onafhankelijk medisch deskundige moet verplicht op de zitting verschijnen.[103]
10. Met het oog op de (financiële) toegankelijk van de geschillencommissie ziekenhuizen dient de bevoegdheid van deze commissie te worden verruimd tot € 25.000,-.
11. Om de volledigheid van medisch dossier beter te waarborgen dient het samenstellen ervan te gebeuren aan de hand van een protocol.
12. Medische letselschadezaken moeten door gespecialiseerde, deskundige rechters worden behandeld.
13. Het verdient de voorkeur dat de patiënt, de arts en de verzekeraar met elkaar om tafel gaan, in een zo vroeg mogelijk stadium van de aansprakelijkstelling.
14. Meer openheid en communicatie tussen patiënt en rechtshulpverlener kan uitsluiting van de patiënt en polarisatie voorkomen;
15. Het verdient aanbeveling dat de medische letselschadeverzekeraars zich committeren aan de huidige Gedragscode Behandeling Letselschade.[104]

Ook in het naar aanleiding van een disfunctionerende neuroloog opgestelde rapport van de Commissie Lemstra II worden aanbevelingen gedaan hoe om te gaan met fouten, met klachten en met claims, in het bijzonder vanuit het perspectief van de gedupeerde patiënt.

---

101 Uit het dossieronderzoek van Stichting De Ombudsman komt naar voren dat onenigheid over de keuze van een onafhankelijk medisch deskundige een vertragende factor is in het afwikkelen van een medische letselschadezaak.

102 De gedachte is dat het opstellen van een register van medisch deskundigen kan een oplossing bieden voor het probleem dat het moeilijk is een terzake deskundig en onafhankelijk oordeel te verkrijgen om een einde aan het geschil te maken. De deskundigen kunnen vanuit de medische beroepsverenigingen worden aangewezen. Bovendien wordt gepleit om bij complexe medische geschillen waarbij een aanzienlijk belang is gemoeid voor de patiënt een commissie van drie medici te belasten met het oordeel over het handelen van de aansprakelijk gestelde arts. Vergelijkbaar met de tuchtrechtspraak, waarbij het oordeel in handen ligt van twee juristen en drie artsen-beroepsgenoten.

103 Op die manier kunnen hem door de medisch adviseurs van beide partijen, en door de rechter, vragen worden gesteld. Dit schept direct duidelijkheid en kan ook voor de erkenning van de patiënt van belang zijn.

104 Dit is inmiddels gebeurd in de vorm van GOMA, zie nader paragraaf 5.

De commissie pleit in dit verband onder andere voor een calamiteitenplan[105] waarin de volgende zaken worden vastgelegd: [106]

- Als er aanwijzingen zijn voor disfunctioneren[107] van een medisch specialist, dient onderzoek plaats te vinden naar mogelijke gevolgen voor diens patiënten, bij voorkeur uit te voeren door externe deskundigen, te werven via de desbetreffende wetenschappelijke vereniging.[108] In het protocol moeten voorts afspraken worden vastgelegd over de verdere taakverdeling, waaronder het formuleren van de vraagstelling voor het onderzoek, het aanleveren van relevante documenten, het aanzoeken van externe deskundigen, secretariële ondersteuning etc..
- Indien uit dit onderzoek blijkt dat er inderdaad aanwijzingen zijn voor of bewijs is van nadelige gevolgen voor patiënten, dan dient het disfunctioneren te worden aangemerkt als een calamiteit en dienen – naast melding aan interne en externe betrokkenen zoals de RvC en de IGZ - (tenminste) een aantal vervolgstappen te worden genomen. Actief benaderen, informeren en begeleiden van (mogelijk) gedupeerde patiënten. Patiënten die mogelijk schade hebben ondervonden, moeten actief opgespoord worden. Zij dienen geïnformeerd te worden over de gemaakte fout(en), alsmede over de stappen die het ziekenhuis ondernomen heeft om een einde te maken aan het disfunctioneren en de stappen die het onderneemt om de schade voor patiënten te beperken. Daartoe behoren tenminste:
  a. aanbieden van nazorg: De zorgaanbieder biedt de patiënt passende nazorg aan, zowel op medisch inhoudelijk, als op maatschappelijk en/of psychosociaal gebied. De zorgaanbieder laat zich daarbij leiden door de reële behoeften en wensen van de patiënt;
  b. informatie over (pre)juridische mogelijkheden: Gedupeerde patiënten dienen actief geïnformeerd te worden over de mogelijkheid een klacht en/of claim in te dienen en moeten daarin worden begeleid. In dit verband is tevens proactief contact en overleg met de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis aangewezen. In dit verband acht de commissie het voorts raadzaam ziekenhuismedewerkers, en medisch

---

105 Deze aanbeveling dient tevens te worden verwerkt in de interne reglementen (met name in het stafreglement), waarbij de medewerking van medisch specialisten aan een dergelijk onderzoek verplicht wordt gesteld.

106 Commissie Lemstra II 2010, p. 62-63.

107 Voor dit begrip wordt aansluiting gezocht bij het KNMG-standpunt van juli 2005 betreffende het functioneren van de individuele arts. Daarin wordt onder disfunctioneren verstaan: „een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts/medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.

108 De opdracht tot dit onderzoek wordt gegeven door de RvB, na consultatie van het Medisch StafBestuur.

specialisten in het bijzonder, periodiek te instrueren over het verschaffen van openheid over gemaakte fouten en over het onderscheid tussen het erkennen van fouten en het erkennen van aansprakelijkheid.[109]

- Informatie over de aard en toedracht van het incident en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt(en) dienen in het dossier te worden opgenomen.
- Hoe en door wie wordt toegezien op de uitvoering van de genoemde stappen.

Voorts stelt de Commissie dat voor die gevallen waarin door de patiënt wordt overgegaan tot het indienen van een claim tegen het ziekenhuis een andere aanpak dan die welke tot nog toe gebruikelijk is overweging verdient. In dit verband doet de Commissie de volgende aanbevelingen:[110]

- Het ziekenhuis dient een substantieel hoger eigen risico te nemen voor de aansprakelijkheidsverzekering, zodat het de afhandeling van de kleinere claims geheel zelf ter hand kan nemen. Daarbij is uiteraard van belang dat daarvoor een procedure wordt ontwikkeld, bij voorkeur een landelijke regeling door de NVZ – in samenspraak met de NPCF – waarin wordt vastgelegd wie binnen het ziekenhuis de contactpersoon van de patiënt is; hoe de claimbehandeling plaatsvindt, en op welke wijze de patiënt inbreng kan hebben; op welke momenten de patiënt wordt geïnformeerd over de voortgang, alsmede binnen welke termijn een beslissing wordt gegeven en tenslotte: op welke wijze de patiënt bezwaar kan maken tegen de beslissing. Wat dit laatste aspect betreft, beveelt de commissie, in navolging van het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg, aan aansluiting te zoeken bij een geschillencommissie. Deze commissie zou de bevoegdheid moeten krijgen om ter zake bindende uitspraken te doen en tevens om kleinere schadevergoedingen toe te wijzen (bijv. tot een maximum van € 25.000,-) in die gevallen waarin voldoende aannemelijk is dat iets is fout gegaan dat het ziekenhuis valt te verwijten.
- Ook ten aanzien van claims die behandeld worden door de aansprakelijkheidsverzekeraar dient het ziekenhuis een nadrukkelijker inbreng te hebben. Het ziekenhuis dient de patiënt te begeleiden in dit proces, door een vast aanspreekpunt binnen het ziekenhuis aan te wijzen, informatie te geven over de claimprocedure, de verschillende fasen die worden doorlopen, en de termijnen die daarvoor gesteld zijn, alsmede over de voortgang van de behandeling, bij voorkeur door middel van een

109 Verg. Aanbeveling 3 Stichting De Ombudsman. De commissie beveelt aan dit onderwerp onderdeel te laten uitmaken van het in het Plan van Aanpak opgenomen cultuurprogramma “Vaardig en aardig”.

110 Commissie Lemstra II 2010, p. 64.

periodiek voortgangsbericht op vastgestelde momenten. Hij maakt daartoe nadere afspraken met de verzekeraar[84].

Tenslotte heeft de commissie de volgende aanbevelingen aan de aansprakelijkheidsverzekeraar(s) en aan de Minister van VWS:[111]

- In de huidige procedure van claimbehandeling dient voorzien te worden in de mogelijkheid voor de claimant om een onafhankelijk oordeel in te roepen. Een wezenlijk probleem van het huidige systeem van claimbehandelingen is dat de beoordeling van een claim plaatsvindt door de aansprakelijkheidsverzekeraar zelf, die belang heeft bij een lage schadelast. Daarmee is onvoldoende verzekerd dat de claimbeoordeling onafhankelijk plaatsvindt. Het kan ook leiden tot jarenlange discussies met de belangenbehartiger van de claimant over de schuldvraag, de causaliteit of de te vergoeden schade. Om dit probleem aan te pakken, beveelt de commissie aan om in de huidige procedure van claimbehandeling te voorzien in de mogelijkheid voor de claimant om een onafhankelijk oordeel in te roepen.
- De Minister van VWS zou nader onderzoek moeten laten doen naar mogelijkheden om de rechtsbijstand van patiënten die schade hebben geleden als gevolg van medisch handelen uit te breiden, met name door na te gaan of deze vorm van rechtsbijstand als aanspraak is op te nemen in het basispakket ingevolge de Zorgverzekeringswet, al dan niet met een beperkt eigen risico.[112] Daarnaast beveelt de commissie de ansprakelijkheidsverzekeraar(s) aan beleid te ontwikkelen en openbaar te maken inzake de bevoorschotting van patiënten en hun eventuele belangenbehartigers, die in het kader van de claimbehandeling (soms aanzienlijke) kosten moeten maken.

2.8 De GOMA

In 2010 is de GOMA (Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid) tot stand gekomen. De daarin vervatte aanbevelingen betreffen enerzijds het handelen van degenen die betrokken zijn bij de afwikkeling van de gevolgen voor een patiënt van een incident in de gezondheidszorg, en anderzijds een adequate afwikkeling van verzoeken om schadevergoeding. De aanbevelingen beogen niet het recht met betrekking tot aansprakelijkheid te wijzigen (dat is immers aan de wetgever), maar het proces

111 Commissie Lemstra II 2010, p. 65.
112 Vergelijk Aanbeveling 4 Stichting De Ombudsman

van afwikkeling te verbeteren alsmede om openheid over incidenten te bevorderen. Een aantal aanbevelingen sluit aan bij de aanbevelingen uit het rapport van Stichting de Ombudsman.

De GOMA wordt gefaciliteerd door De Letselschade Raad en is opgesteld door vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV), Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Verbond van Verzekeraars (Centramed, MediRisk, PIV, Rechtsbijstandsverzekeraars), Vrije Universiteit en Erasmus Universiteit. Als adviseurs zijn het Ministerie van Justitie, de Vereniging van Advocaten voor Slachtoffers van Personenschade (ASP) en de Vereniging Letselschade Advocaten (LSA) betrokken geweest. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) onderschrijven de GOMA en bevelen de naleving van de Code aan hun leden aan.

De aanbevelingen van de GOMA worden hierna geciteerd. De integrale versie van de GOMA bevat ook een uitvoerige toelichting op de aanbevelingen. De GOMA kent een deel A en een deel B.

DEEL A. Een adequate reactie op incidenten

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de patiënt op zorgvuldige en duidelijke wijze wordt geïnformeerd over de onderzoeken en behandelingen die hij ondergaat, zodanig dat de patiënt een weloverwogen besluit kan nemen over het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling.

2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de dossiers van de patiënt op adequate wijze en tijdig worden bijgehouden. In het geval van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt wordt informatie in het dossier opgenomen over de aard en toedracht van het incident, en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt.

3. Als zich een incident heeft voorgedaan met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt, neemt de zorgaanbieder daarover zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van het incident, contact op met de patiënt.

4. De zorgaanbieder onderneemt wat nodig is om eventuele negatieve gevolgen van een incident voor de gezondheidssituatie van de patiënt weg te nemen of te beperken.

5. De zorgaanbieder onderzoekt hoe het incident heeft kunnen ontstaan en onderneemt de activiteiten die nodig zijn om te voorkomen dat het incident zich nog eens voordoet (of op zijn minst om de kans daarop te verkleinen).

6. Zodra de toedracht van een incident bekend is, wordt de patiënt daarover duidelijk geïnformeerd. In het kader van deze communicatie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de wensen en behoeften van de patiënt.

7. In geval van een incident waardoor de patiënt schade oploopt, spant de zorgaanbieder zich, in aanvulling op het ter beschikking stellen van een volledig dossier, in voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten.

8. Indien uit het onderzoek naar de toedracht van het incident blijkt dat er sprake is geweest van een fout dan erkent de zorgaanbieder deze fout en biedt hij de patiënt verontschuldigingen aan.

9. Als de patiënt naar aanleiding van een incident een klacht of claim wil indienen, informeert de zorgaanbieder hem schriftelijk over de verschillende mogelijkheden daartoe en over de daarvoor geldende criteria en procedures.

DEEL B. Een adequate afhandeling van verzoeken om schadevergoeding

10. Als de patiënt een juridische belangenbehartiger in de arm heeft genomen, informeert deze de patiënt over de bijzondere aard van medische aansprakelijkheidszaken en de daarmee gepaard gaande duur en de kosten van het traject.

11. Wanneer de patiënt zelf rechtstreeks de zorgaanbieder aansprakelijk stelt, informeert de zorgaanbieder de patiënt in grote lijnen over het verdere verloop en de te verwachten procedure. Tevens meldt de zorgaanbieder of hij de behandeling van de schadeclaim overdraagt aan zijn verzekeraar.

12. De belangenbehartiger draagt zorg voor een goed gemotiveerde en onderbouwde aansprakelijkstelling en omschrijft zo mogelijk de medische en feitelijke gevolgen van de fout.

13. De aansprakelijkheidsverzekeraar maakt zich per omgaande, maar uiterlijk binnen twee weken nadat hij de aansprakelijkstelling van de zorgaanbieder heeft ontvangen, als betrokken partij bekend aan de afzender van de aansprakelijkstelling. Om transparantie over het traject te bevorderen stuurt hij met dat bericht een brochure daarover mee.

14. Partijen stellen elkaar over en weer, met het oog op de beoordeling van de aansprakelijkheid en de gevolgen van de gestelde fout, de relevante medische en feitelijke gegevens ter beschikking.

15. De aansprakelijkheidsverzekeraar neemt in beginsel binnen drie maanden nadat hij de aansprakelijkstelling heeft ontvangen een onderbouwd standpunt in over de aansprakelijkheid. Mocht deze termijn niet haalbaar blijken, dan meldt hij dit onder opgave van redenen en geeft hij aan wanneer de patiënt alsnog een reactie kan verwachten.

16. De verzekeraar geeft schriftelijk en gemotiveerd aan wat hij erkent, wat hij afwijst en wat naar zijn mening nog nader onderzoek verdient. Hij laat, indien aan de orde, ook zijn standpunt weten over vergoeding van de gemaakte en te maken kosten van buitengerechtelijke rechtsbijstand en eventueel deskundigenonderzoek.

17. Als de aansprakelijkheidsverzekeraar niet in staat mocht zijn om op een onderbouwde aansprakelijkstelling een gemotiveerd standpunt in te nemen over de aansprakelijkheid en het nodig vindt om een medisch deskundige in onderling overleg aan te zoeken, draagt hij daarvan de kosten.

18. Als bij een goed onderbouwde aansprakelijkstelling en een goed gemotiveerde afwijzing daarvan een verschil van inzicht op het medische gebied blijft bestaan, zal in gezamenlijk overleg een deskundigenonderzoek worden gevraagd om in medisch opzicht de duidelijkheid te verschaffen die nodig is voor een juridisch oordeel over de bestreden behandeling. De kosten van dit deskundigenonderzoek komen in beginsel voor rekening van beide partijen.

19. Partijen communiceren open en voortvarend over de totstandkoming van een medisch deskundigenonderzoek in gezamenlijk overleg.

2.9 Mogelijke herziening van het klachtrecht

In 2010 is het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg (Wcz) ingediend bij de Tweede Kamer.[113] Dit wetsvoorstel beoogd een aantal huidige wetten op het terrein van het gezondheidsrecht te vervangen. Een aantal onderwerpen die door dit voorstel worden bestreken raken het onderwerp van dit onderzoek. Dit betreft in het bijzonder de herziening van het Klachtrecht en de verplicht voorgeschreven aansluiting bij een geschilleninstantie. Het wetsvoorstel is van diverse kanten kritisch ontvangen.[114]

Deze kritische geluiden hebben de Minister recentelijk tot een koerswijziging gebracht. Besloten is om de belangrijkste onderwerpen uit het wetsvoorstel afzonderlijk op te pakken.[115] Het wetsvoorstel zal bij nota van wijziging worden gereduceerd tot een wetsvoorstel dat een nieuwe regeling geeft voor het af-handelen van klachten en geschillen in de gezondheidszorg. De andere onder-delen van de Wcz zullen in de loop van de huidige kabinetsperiode worden verwerkt in bestaande wettelijke regelingen (zoals de Wgbo en de Kawlitietswet zorginstellingen) of in nieuwe afzonderlijke wetten.
Afgewacht zal moeten worden of deze koerswijziging ook (substantiële) inhoudelijke wijzigingen met zich meebrengt voor de regeling zoals deze

113 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr.1-3.
114 Zie onder andere Kastelein 2010 en Legemaate 2010.
115 *Kamerstukken II* 2012/13, 32620, nr 78, p. 8.

momenteel in het wetsvoorstel is vastgelegd. Niettemin zal op deze plaats in enig detail worden ingegaan op deze regeling, alsmede op de implicaties van de daarin besloten liggende wijzigingen ten aanzien van de huidige regeling. Dit wordt voorafgegaan door een bespreking van de bestaande formele en informele klachtafhandeling in Nederlandse ziekenhuizen.

2.9.1 Klachten- en geschillenregeling: de huidige situatie

Formele klachtafhandeling: de klachtencommissie

De Wet klachtrecht clienten zorgsector (WKCZ) schrijft voor dat iedere zorgaanbieder een regeling moet treffen voor de behandeling van klachten.[116] Deze regeling dient er (onder meer) in te voorzien dat de klachten door een klachtencommissie worden behandeld. Deze commissie moet minimaal uit drie leden bestaan en de voorzitter van de commissie mag niet werkzaam zijn bij de zorgaanbieder.[117] De patiënt dient door de commissie in de gelegenheid te worden gesteld, schriftelijk en eventueel ook mondeling een toelichting te geven op de klacht. De klachtencommissie dient binnen de in de regeling vastgestelde termijn[118] zijn schriftelijk en met redenen omkleed oordeel over de gegrondheid van de klacht te geven, al dan niet vergezeld van aanbevelingen. De zorgaanbieder dient vervolgens binnen een maand schriftelijk te kennen te geven of hij naar aanleiding van het oordeel van de klachtencommissie maatregelen zal nemen en zo ja welke.[119] De zorgaanbieder is echter niet verplicht om maatregelen te nemen. Aan een uitspraak van een klachtencommissie kunnen ook geen rechten ontleend worden.

Klachten kunnen betrekking hebben op elke gedraging van de zorgaanbieder of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt. Onder gedraging wordt verstaan: enig handelen of nalaten alsmede het nemen van een besluit dat

116 Art. 2 WKCZ.

117 Verder bestaat er een grote vrijheid ten aanzien van de samenstelling van de commissie: een klachtencommissie kan qua omvang en samenstelling verschillen. Soms bestaat een commissie uit buitenstaanders en soms uit personen die werkzaam zijn voor de zorgaanbieder. Bij collectief gefinancierde zorginstellingen zoals ziekenhuizen heeft de (voor die instellingen verplichte) cliëntenraad een zogenaamde zware adviesbevoegdheid met betrekking tot de vaststelling of wijziging van een regeling inzake de behandeling van klachten van cliënten en het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van klachten van cliënten (art. 3 lid 1 sub k en art. 4 lid 2 WMCZ).

118 De wet bepaalt niet binnen welke termijn beslist moet worden. Bovendien staat de wet toe dat de in de klachtregeling vastgelegde termijn wordt overschreden zolang dat gemotiveerd gebeurt (art. 2 lid 2 sub d).

119 Uit onderzoek blijkt echter dat veel klagers met een gegrond verklaarde klacht geen reactie hebben gekregen van de betrokken hulpverlener (88%) of van het ziekenhuis (45%). Zie Kruikemeijer e.a. 2009.

gevolgen heeft voor de patiënt.[120] Klachten die aan de klachtencommissie kunnen worden voorgelegd kunnen dus van uiteenlopende aard zijn. Zij kunnen direct betrekking hebben op medische behandeling (bijvoorbeeld over de vraag of de arts in medisch-technische zin juist heeft gehandeld), maar net zo goed betrekking hebben op de wijze waarop de patiënt door de arts of een andere hulpverlener is bejegend.

Informele klachtafhandeling: de klachtenfunctionaris

Veel ziekenhuizen (en andere zorginstellingen zoals verpleeghuizen en huisartspraktijken) hebben een klachtenfunctionaris in dienst. Deze persoon heeft een bemiddelende rol in het conflict door bijvoorbeeld het gesprek met de behandelend hulpverlener weer op gang te brengen. De klachtenfunctionaris heeft geen wettelijke basis.[121] Het gevolg hiervan is dat sommige zorginstellingen geen klachtenfunctionaris in dienst hebben, en dus alleen de “formele” klachtprocedure bij de klachtencommissie hanteren.

In de praktijk hebben de meeste ziekenhuizen functionarissen in dienst die als aanspreekpunt voor patiënten met klachten functioneren en deze klachten trachten op informele wijze af te handelen. Vaak worden deze functionarissen klachtenfunctionaris genoemd, maar ook andere benamingen komen voor. Volgens Friele en Koppen heeft de in 1995 ingevoerde Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) in belangrijke mate bijgedragen aan de opkomst van deze vorm van informele klachtafhandeling.[122] Deze wet verplicht, zo kwam zojuist aan de orde, zorginstellingen tot het vaststellen van een “formele” klachtprocedure bij een klachtencommissie. De vrees bestond dat dit tot een grote stroom van klachten zou leiden die de commissies zwaar zouden belasten. Dit vooruitzicht heeft zorgaanbieders aangezet fors te investeren in informele klachtbehandeling, om daarmee het aantal formeel te behandelen klachten niet te groot te laten worden, aldus Friele en Coppen. Deze opzet lijkt ook te zijn geslaagd. Het aantal klachten dat klachtencommissies in ziekenhuizen behandelen, lag in 2008 rond de 3300, gemiddeld rond de 33 per ziekenhuis. Gezien het grote aantal patiënten en behandelingen in ziekenhuizen, een fractie. Het aantal informeel behandelde klachten wordt geschat op meer dan het tienvoudige.[123]

---

120 Art. 1 lid 1 sub e WKCZ.

121 De Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg voorziet overigens wel in het een klachtenfunctionaris (zie Aanbeveling 3A). Deze regeling heeft echter geen wettelijke status.

122 Friele & Coppen 2010, p. 33.

123 Friele & Coppen (2010, p. 33) baseren deze aantallen op de rapportages in kwaliteitsjaarverslagen van ziekenhuizen over 2008, te vinden op www.ziekenhuizentransparant.nl. Zie nader

In de praktijk lopen de taken en bevoegdheden van bestaande klachtenfunctionarissen uiteen. In het door de landelijke vereniging voor klachtenfunctionarissen VKIG (Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg) opgestelde beroepsprofiel wordt gesteld: [124]

> *"De functie van 'klachtenopvang en –bemiddeling' wordt in de praktijk in vele varianten en met vele 'gezichten' uitgevoerd. De variatie hangt samen met factoren als de historie en cultuur van een specifieke sector, de positie van de cliënt in deze sector, het belang dat men hecht aan klachtenmanagement en beschikbare middelen."*

De VKIG onderscheidt in dit verband drie varianten: klachtenbemiddelaar, klachtenfunctionaris en vertrouwenspersoon.[125] De klachtenbemiddelaar vult de functie in vanuit de positie tussen cliënt en zorgverlener, tussen klager en aangeklaagde. De klachtenfunctionaris doet dit vanuit een positie die kan verschuiven van 'naast' naar 'tussen' betrokkenen. De vertrouwenspersoon staat vooral naast en achter de cliënt, aldus het beroepsprofiel. De inzet van deze laatste variant zal vooral aan de orde zijn wanneer sprake is van een bijzondere afhankelijkheidsrelatie tussen patiënt en behandelaar/zorginstelling.

Geschillencommissie zorginstellingen

Wanneer de patiënt schade heeft geleden in het ziekenhuis en hij er met het ziekenhuis niet uitkomt, kan mogelijk de Geschillencommissie Zorginstellingen[126] worden benaderd. Met deze geschillencommissie is beoogd een snel, goedkoop en eenvoudig alternatief aan te bieden voor de behandeling van geschillen door de civiele rechter.

De Geschillencommissie Zorginstellingen is alleen bevoegd als het ziekenhuis is aangesloten.[127] De commissie[128] behandelt geschillen tussen patiënt (het Regle-

over de het functioneren en patiëntenwaardering van de klachtafhandeling in de gezondheidszorg: Bouwman e.a. 2012 p. 45 e.v..

124 Beroepsprofiel, p. 3.

125 Beroepsprofiel, p. 3.

126 Zie www. degeschillencommissie.nl.

127 De algemene ziekenhuizen zijn wel, maar de academische ziekenhuizen zijn niet aangesloten bij de geschillencommissie.

128 De commissie bestaat uit een door de stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken te bepalen aantal onafhankelijke leden: door de stichting aangezochte voorzitters, alsmede door de Consumentenbond respectievelijk door de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) voorgedragen leden. Alle leden worden benoemd door het bestuur van de stichting. De voorzitters dienen de hoedanigheid van meester in de rechten te hebben. Aan de

ment spreekt overigens stelselmatig over consument) en zorginstelling over zaak- en/of personenschade tot en met een totaalbedrag van € 5.000,-. De commissie heeft tot taak het geschil te beslechten door een bindend advies uit te brengen of door een schikking tussen partijen te bevorderen. [129]

De commissie behandelt een geschil niet indien tijdens de behandeling aannemelijk wordt, dat de totale schade meer bedraagt dan € 5.000,- tenzij de consument bereid is te verklaren – op grond van feiten en omstandigheden die hij redelijkerwijs kon weten tijdens de behandeling van het geschil - zijn vordering te beperken tot € 5.000,- en afstand te doen van het meerdere.[130]

Indien een patiënt ervoor heeft gekozen een bindende beslissing van de geschillencommissie te vragen, is hij gebonden aan die keuze. Met die keuze sluit de patiënt immers een vaststellingsovereenkomst met de zorgaanbieder over de wijze waarop zij een onderling geschil tot een oplossing zullen brengen. De beslissing van de geschilleninstantie is vervolgens een bindend advies waaraan beide partijen gehouden zijn. De rechter kan zo'n bindend advies slechts zeer marginaal toetsen. Daarmee is duidelijk dat de cliënt zich, alvorens voor deze procedure te kiezen, zorgvuldig rekenschap zal moeten geven van het mogelijke gevolg dat hij een schade die boven de vastgestelde grens uitgaat, niet meer bij de rechter op de zorgaanbieder zal kunnen verhalen.

Alvorens een zaak door de Geschillencommissie Zorginstellingen in behandeling kan worden genomen, dient de klager eerst het ziekenhuis aan te spreken tot vergoeding van de naar zijn oordeel geleden schade.[131] Indien de klacht over zaak- en/of personenschade niet binnen drie maanden tot tevredenheid van de patiënt door de zorginstelling is afgehandeld, kan de patiënt tot uiterlijk drie maanden daarna het geschil schriftelijk aanhangig maken bij de commissie.[132]

---

commissie wordt door het bestuur van de stichting een secretaris toegevoegd, die de hoedanigheid van meester in de rechten heeft. Het secretariaat van de commissie wordt verzorgd door de stichting (art. 2. lid 1 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen) . Aan de behandeling van voorgelegde geschillen nemen deel: een voorzitter, een lid voorgedragen door de Consumentenbond en een lid voorgedragen door de NVZ, de KNMG, GGZ en VGN ((art. 2. lid 2 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen).

129 Art. 3 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen.

130 Art. 6 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen. De commissie ziet eveneens af van behandeling als het een geschil betreft waarover door de consument of door de zorginstelling reeds bij de burgerlijke rechter een procedure aanhangig is gemaakt of waarin deze reeds een uitspraak over de inhoud van het geschil heeft gedaan.

131 Zie art. 5 lid 1 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen.

132 Art. 5 lid 3 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen. Overigens wordt in lid 4 bepaalt dat deze termijn door de commissie niet ambtshalve toegepast, doch slechts indien daarom door de wederpartij in het geschil bij eerste gelegenheid wordt verzocht. Niettemin kan de commissie, wanneer een zodanig verzoek wordt gedaan, besluiten het geschil toch in behandeling te nemen, indien de consument ter zake van de niet naleving van bedoelde termijn naar het oordeel van de commissie redelijkerwijs geen verwijt treft.

Het geschil dient aan de commissie te worden voorgelegd door middel van een van de website van de geschillencommissie te downloaden en door de patiënt in te vullen vragenformulier. Daarmee verklaart hij tevens de door de commissie te wijzen uitspraak als bindend te aanvaarden.[133] De commissie stelt de zorginstelling schriftelijk in kennis van het in behandeling nemen van het geschil en de zorginstelling dient binnen een maand zijn standpunt over het geschil schriftelijk aan de commissie kenbaar te maken. De commissie kan de termijn van één maand echter bekorten of verlengen. De commissie verzoekt de zorginstelling de daarvoor in aanmerking komende medisch specialist(en), hulpverleners en/of andere in de zorginstelling werkzame perso(o)n(en) in kennis te stellen van het geschil.

Het standpunt van de zorgverlener wordt door de commissie in afschrift aan de consument gezonden, die daarop binnen twee weken schriftelijk een weerwoord bij de commissie kan indienen. Een afschrift daarvan wordt aan de zorginstelling toegezonden.

Partijen hebben het recht zich bij de behandeling van een geschil door derden te laten bijstaan of vertegenwoordigen. Indien de commissie dit nodig acht of indien één of beide partij(en) hiertoe de wens te kennen geven, worden zij opgeroepen teneinde mondeling te worden gehoord. Partijen kunnen getuigen of deskundigen meenemen en doen horen, tenzij een goede procesorde zich daartegen verzet.

De commissie kan indien zij dat noodzakelijk acht zelf inlichtingen inwinnen, onder meer door het horen van getuigen of deskundigen, door het instellen van een onderzoek of door het doen instellen van een onderzoek door één of meer door haar aan te wijzen deskundigen.[134] Een afschrift van het deskundigenrapport wordt aan partijen verstrekt, die daarop binnen twee weken schriftelijk bij de commissie kunnen reageren. De commissie kan de termijn van twee weken bekorten of verlengen.

---

133 Tevens dient de patiënt er mee in te stemmen dat de zorginstelling alle naar het oordeel van de zorginstelling relevante gegevens, inclusief medische en paramedische behandelgegevens, aan de commissie verstrekt voor de behandeling van het geschil (zie Art. 8 lid 2 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen).

134 Art. 15 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen. De commissie kan besluiten de behandeling van een geschil niet voort te zetten, indien zij van oordeel is dat het onderwerp van geschil aan een onderzoek van een deskundige dient te worden onderworpen en de consument zijn medewerking aan het onderzoek weigert of anderszins het onderzoek naar het oordeel van de commissie niet mogelijk is.

De commissie beslist naar redelijkheid en billijkheid, met inachtneming van de regels van het recht en de tussen partijen gesloten overeenkomst.[135] De commissie kan in haar uitspraak een door één van partijen te betalen (schade)vergoeding vaststellen; een betalingsverplichting vaststellen; alsmede iedere andere beslissing nemen, die zij redelijk en billijk acht ter beëindiging van het geschil.[136] Tevens kan de commissie de oplossing, die door de zorginstelling aan de consument werd voorgesteld voordat deze het geschil bij de commissie aanhangig maakte, maar die door de consument niet werd geaccepteerd, bindend in haar uitspraak opleggen onder ongegrondverklaring van de klacht over zaak- en/of personenschade. Indien de partijen bij de mondelinge behandeling tot een schikking komen, legt de commissie de inhoud daarvan in de vorm van een bindend advies vast.[137]

De door partijen ter zake van de behandeling van het geschil gemaakte kosten voor hun eigen rekening, tenzij de commissie in bijzondere gevallen anders bepaalt. In een zodanig geval komen voor vergoeding door de geheel of gedeeltelijk in het ongelijk gestelde partij slechts in aanmerking de door de wederpartij in redelijkheid gemaakte kosten en wel tot een maximum van vijfmaal het klachtengeld.[138]

Vastgesteld kan worden dat de geschillencommissie slechts een beperkt aantal zaken per jaar te behandelen krijgt. In 2011 werden 35 klachten ingediend en werden 13 uitspraken verzonden. Een deel van de klachten werd onderling opgelost.[139]

2.9.2. Klachten- en geschillenregeling op basis van het Wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg

Zoals gezegd voorziet het voorstel van de Wet Cliëntenrechten Zorg (Wcz) in een andere wettelijke regeling van het klachtrecht. Kort gezegd wordt de invulling meer dan nu overgelaten aan zorgaanbieders, in samenspraak met cliënten-organisaties. Voorts wordt voorzien in een verplichte aansluiting van zorg-instellingen bij een geschilleninstantie.[140]

[135] Art. 16 lid 1 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen.
[136] Art. 17 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen.
[137] Art. 18 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen.
[138] Art. 20 Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen.
[139] Jaarverslag 2011, te raadplegen via www.degeschillencommissie.nl.
[140] Zie voor een overzicht van de belangrijkste verschillen tussen de Wkcz en het voorstel voor de Wcz: Bouwman e.a. 2012, p. 47.

Het wetsvoorstel verplicht de zorgaanbieder tot een zorgvuldige klachtenregeling (art. 28 lid 1 Wcz). Deze klachtenregeling dient in ziekenhuizen met instemming van de cliëntenraad te worden vastgesteld.[141] De klachtenregeling zal onder meer moeten voorzien in goede en kosteloze ondersteuning door een daartoe aangewezen geschikte persoon met wie de klager op eenvoudige wijze in contact kan treden en die niet handelt dan met toestemming van de klager (art. 28 lid 2 sub b Wcz). Dit houdt dus in dat de klachtenfunctionaris een wettelijke basis krijgt. In de Memorie van Toelichting wordt daarover opgemerkt:[142]

> *" De afgelopen jaren is klachtopvang en bemiddeling, zoals opgenomen in de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, effectief gebleken. Een van de wettelijke eisen met betrekking tot de klachtenregeling is daarom de aanwezigheid van goede en kostenloze ondersteuning, advisering en voorlichting door een klachtenfunctionaris of een vertrouwenspersoon aan cliënten die niet tevreden zijn over de zorgverlening."*

Als de klachtenfunctionaris/vertrouwenspersoon in dienst is van de zorgaanbieder mag deze persoon niet uit hoofde van zijn functie door de zorgaanbieder worden benadeeld.[143] Er worden in het wetsvoorstel geen nadere eisen gesteld waar het de positie, bevoegdheden, opleiding en capaciteiten van de klachtenfunctionaris betreft. Wel geldt dat de Cliëntenraad een instemmingsrecht heeft t.a.v. de profielschets van de klachtenfunctionaris als bedoeld in art. 28 lid 2 sub b. In de Memorie van Toelichting wordt opgemerkt:[144]

> *"Het beroepsprofiel van de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (VKIG) voor een klachtenfunctionaris kan een leidraad zijn voor de cliëntenraad om het profiel aan te toetsen [……] Vanzelfsprekend kan de zorgaanbieder meerdere personen aanwijzen die met genoemde taken zijn belast."*

Anders dan de huidige wet schrijft het wetsvoorstel echter niet voor dat de zorgaanbieder met betrekking tot de behandeling van klachten (dat wil zeggen het geven van een oordeel over de gegrondheid van een klacht) dient te beschikken over een (deels) onafhankelijke klachtencommissie. Het staat hem op grond van artikel 28 Wcz vrij om het bij klachtenopvang door een klachten-

---

141 Art. 36 lid 1 sub n jo. Art. 37 lid 2 Wcz. Ook heeft de Cliëntenraad een instemmingsrecht t.a.v. de profielschets van de klachtenfunctionaris als bedoeld in art. 28 lid 2 sub b.

142 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 3 p. 54.

143 Art. 28 lid 2 sub e.

144 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 3 p. 54.

functionaris te laten, zolang klachten maar schriftelijk kunnen worden ingediend, zorgvuldig worden onderzocht en binnen zes weken na indiening worden afgehandeld (met de mogelijkheid om deze termijn met vier weken te verlengen). Het wetsvoorstel beperkt zich tot de bepaling dat de zorgaanbieder binnen de gestelde periode een oordeel over de klacht moet geven. De wijze waarop hij tot dat oordeel komt, wel of niet met behulp van een (deels) onafhankelijke commissie, mag hij zelf bepalen. In de Memorie van Toelichting wordt hier het volgende over opgemerkt:[145]

> *"De klachtenbehandeling moet zorgvuldig zijn. Een belangrijk element daarvan is dat, ook al is de zorgaanbieder zelf partij, het oordeel over de klacht zo neutraal mogelijk is. Een zorgaanbieder kan zich desgewenst door een commissie hierover laten adviseren. Er is in het veld al veel ervaring opgedaan met het oordelen over klachten door commissies. Daarbij is een ontwikkeling te zien waarin deze commissies zich steeds meer regionaal oriënteren. Dit is vooral van belang voor klachten waar meerdere zorgaanbieders bij betrokken zijn. Het is geenszins de bedoeling van het wetsvoorstel om deze positieve ontwikkeling te doorkruisen."*

En:[146]

> *"De zorgaanbieder moet op grond van het eerste lid zijn klachtenregeling uiteraard inrichten met oog voor de eisen die daaraan moeten worden gesteld, gelet op de aard van de zorg die hij verleent en de bijzondere eigenschappen van de doelgroep van zijn cliënten. Dat kan voor de ene sector leiden tot een lichte inrichting van de klachtprocedure (een functionaris die klachten opvangt en afhandelt) en voor een andere tot een met meer waarborgen omgeven procedure, zoals bijvoorbeeld inschakeling van een commissie die een advies uitbrengt."*

Een van de redenen dat de regering niet langer op instellingsniveau een (deels) onafhankelijke klachtencommissie verplicht wil stellen, is dat in het wetsvoorstel aansluiting bij een onafhankelijke geschilleninstantie wordt voorgeschreven. De zorgaanbieder dient zich aan te sluiten bij een door een of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en door een of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders ingestelde geschilleninstantie (art. 29 lid 1 Wcz). Deze instantie oordeelt in 'hoger beroep' over klachten die in eerste aanleg door de zorgaanbieder zijn afwezen of niet tijdig zijn behandeld.

---

145 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 3 p. 54.
146 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 3 p. 129.

Daarnaast oordeelt de commissie over geschillen die niet bij de zorgaanbieder kunnen worden ingediend omdat een klachtenregeling ontbreekt; omdat van de klager niet in redelijkheid kan worden verlangd dat hij onder de gegeven omstandigheden een klacht bij de zorgverlener indient; of omdat het geschil geleden schade betreft. Wat dit laatste betreft is het niet helemaal duidelijk hoe de situatie is als de klachtprocedure van art. 28 ook openstaat voor schade. Artikel 28 lid 3 bepaalt dat in de klachtenregeling kan worden bepaald dat zij niet van toepassing is op klachten voor zover deze betrekking hebben op het vergoeden van geleden schade. Als hoofdregel lijkt dus te gelden dat zij ook van toepassing is op schade. Echter, art. 29 lid 2 sub a onder 4 lijkt niet als eis te stellen dat, indien een klachtenregeling van een zorginstelling ook openstaat voor schade, het geschil slechts in 'hoger beroep' aan de geschillencommissie kan worden voorgelegd. Deze onduidelijkheid is ook terug te vinden in de Memorie van Toelichting. Zo wordt eerst opgemerkt:[147]

> *"De geschilleninstantie moet ook bevoegd zijn om uitspraken te doen over vorderingen tot betaling van schade ontstaan als gevolg van de zorgverlening. Cliënten hebben voor dergelijke vorderingen dan direct toegang tot de geschilleninstantie, tenzij de zorgaanbieder zijn klachten-procedure ook daarvoor heeft opengesteld. "*

Het slot van de tweede zin wijst in de richting van een hoger beroep-constructie. Maar bij de artikelsgewijze toelichting wordt vervolgens gesteld:[148]

> *"Er zijn situaties waarin het niet noodzakelijk is dat de cliënt eerst de klachtenprocedure van de zorgaanbieder doorloopt, alvorens naar de geschilleninstantie te stappen. Dat doet zich in ieder geval voor indien in de klachtenregeling is bepaald dat die regeling geen betrekking heeft op klachten over geleden schade. Maar ook indien de klachtenregeling zo'n uitzondering niet kent, is er geen goede reden om de geschilleninstantie niet als eerste instantie een uitspraak te laten doen over claims met betrekking tot geleden schade. Daarom kan de geschilleninstantie schadeclaims rechtstreeks in behandeling nemen."*

De geschilleninstantie als bedoeld in de Wcz krijgt een veel bredere scope dan enkel de afhandeling van geschillen met betrekking tot zaaks- en personenschade (zoals dat het geval is bij de huidige Geschillencommissie Zorginstellingen).

---

147 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 3 p. 56.

148 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 3 p. 133. Ook in de NV II (*Kamerstukken II* 2010/11, 32402, nr. 6, p. 58) wordt gesteld dat cliënten met een schadeclaim zich rechtstreeks kunnen wenden tot de geschilleninstantie.

> *"Of de geschilleninstantie voor de behandeling van verschillende soorten klachten verschillende procedure- en bewijsregels zal vaststellen, of de behandeling van verschillende klachten zal onderbrengen in verschillende kamers van de instantie met een samenstelling waarin andere disciplines en deskundigheden zijn vertegenwoordigd, laten wij over aan de geschilleninstantie zelf."*[149]

Ten aanzien van aard en inrichting van de voorgeschreven geschillencommissie(-procedure) bepaalt art. 29 Wcz voorts dat het moet gaan om een door een of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en door een of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders ingestelde geschilleninstantie en dat deze bevoegd moet zijn om over een geschil bij wege van bindend advies een uitspraak te doen, alsmede een vergoeding van geleden schade toe te kennen tot € 25.000,- .[150] Boven deze grens hecht de Minister veel waarde aan de waarborgen die de civiele rechtsgang in zich draagt.[151]

Kritiek op het voorstel

De in het wetsvoorstel voorziene klachten- en geschillen regeling heeft in de literatuur de nodige kritiek gekregen.[152] Gevreesd wordt dat de vrijheid die zorgverleners wordt gelaten bij het invullen van de klachtenregeling zal leiden tot regelingen die de cliënt minder waarborgen voor een goede klachtenbehandeling bieden dan de waarborgen die de huidige wet geeft. Zo wordt gesteld dat het maar de vraag is of de bepaling dat de klachtenregeling moet worden goedgekeurd door een cliëntenraad of -vertegenwoordiging op dit punt voldoende tegenwicht biedt.[153]

Voorts bestaat het gevaar dat het verdwijnen van de verplichte klachtencommissie in combinatie met de verplichting voor de zorgaanbieder om zich aan te sluiten bij een dergelijke geschillencommissie (op regionaal of nationaal niveau) voor veel zorgaanbieders een reden zal zijn om afscheid te nemen van de nu binnen hun instelling functionerende klachtencommissie en de wettelijk voorgeschreven klachtenregeling op een andere wijze in te vullen. Dat

149 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 3 p. 56; nr. 4 p. 23.
150 Art. 90 bepaalt echter dat tot een nader bij KB te bepalen tijdstip dit bedrag tot € 10.000, - wordt verlaagd. Zie voor toelichting *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 3 p. 165.
151 *Kamerstukken II* 2010/11, 32 402, nr. 6 p.59.
152 Zie o.a. Kastelein 2010 en Legemaate 2010.
153 Kastelein (2010, p. 618) stelt dat het algemeen bekend is dat bijvoorbeeld in de algemene ziekenhuizen cliëntenraden niet of onvoldoende functioneren. Van de effecten van de instemmingsbevoegdheid van cliëntenraden moeten we ons dus in een belangrijk deel van de zorg niet te veel voorstellen, aldus Kastelein.

zou betekenen dat patiënten die hun klacht willen laten behandelen door een (deels) onafhankelijke commissie niet meer op instellingsniveau terecht kunnen, maar zich moeten wenden tot de meer op afstand geplaatste geschillencommissie. Betwijfeld wordt of dat een vooruitgang zou zijn. Legemaate merkt hierover op:

> "*Naar mijn mening miskent het wetsvoorstel dat informele conflictoplossing door een klachtenfunctionaris of een vertrouwenspersoon enerzijds en een met waarborgen omgeven regeling voor een goede klachtenbehandeling anderzijds niet los van elkaar gezien kunnen worden. Een patiënt dient over beide opties te kunnen beschikken. Daarenboven kan het bestaan van een goede interne klachtencommissie voor hulpverleners een stimulans zijn om de daaraan voorafgaande informele procedure serieus tegemoet te treden*."[154]

Meer in het algemeen lijkt de regeling zoals opgenomen in het wetsvoorstel er onvoldoende rekening mee te houden dat patiënten met een klacht het liefst een voorziening dicht bij huis hebben. Het wettelijk voorschrijven van een klachtenfunctionaris of een vertrouwenspersoon sluit daarbij aan, maar het loslaten van de huidige klachtencommissies naar de mening van Legemaate niet. Zijn inziens kan bestaande onvrede bij patiënten met de huidige klachtencommissies beter aangepakt worden door de context waarin zij functioneren te verbeteren in plaats van deze commissies te 'vervangen' door de veel afstandelijker geschillencommissie.

Ook het feit dat competentie van de verplicht voorgeschreven geschilleninstantie zich uitstrekt tot alle klachten en dus niet beperkt blijft tot schadeclaims heeft tot kritiek geleidt. [155]

2.10. Initiatieven tot verbetering in het buitenland

Ook in andere landen is in de loop der tijd steeds meer aandacht gekomen voor de belangen van de patiënt en de afwikkeling van (potentiële) medische fouten. Er zijn de laatste jaren door diverse betrokkenen zoals zorginstellingen, beroepsorganisaties, aansprakelijkheidsverzekeraars en overheden uiteenlopende initiatieven ontwikkeld om openheid na medische incidenten te verbeteren en de afhandeling van medische schade voor patiënten te versoepelen. Deze initiatieven kunnen zowel primair gericht zijn op het vergroten van openheid

154 Legemaate 2010, p. 11.
155 Zie kastelein 2010 p. 620.

door zorgverleners (*open disclosure*) maar ook op het versoepelen van de medische letselschadeafwikkeling (Franse en Belgische tweesporenmodel). Ook zijn er initiatieven die beide doelstellingen nastreven (*disclosure and offer programs*). Hieronder zullen een aantal van deze initiatieven worden besproken.

Open disclosure

In de afgelopen jaren zijn in diverse Amerikaanse Staten ziekenhuizen wettelijk verplicht *adverse event*s te melden aan de patiënt. Pennsylvania was in dit opzicht de eerste en tot op heden het meest vergaand door voor te schrijven dat de patiënt binnen 7 dagen na een 'serious event' schriftelijk daarvan op de hoogte wordt gesteld.[156] Overigens zijn er waar het de mogelijkheden tot handhaving betreft belangrijke vraagtekens te zetten bij dit type verplichtingen.

> "*With respect to disclosure mandates, enforcement is a formidable challenge. Without comprehensive adverse-event reporting systems and the substantial resources needed to audit charts and contact patients, it is extremely difficult for regulators to monitor the occurrence of disclosures, much less their quality. To our knowledge, none of the states that have enacted mandates have attempted serious enforcement, and only Pennsylvania actually specifies the sanctions for noncompliance*."[157]

Gegeven het 'verborgen' karakter van *adverse events* en de daarmee samenhangende problemen van opsporing en handhaving wordt meer verwacht van door zorginstellingen en verzekeraars zelf ontplooide initiatieven.

> "*The potential for top-down regulation to have a meaningful effect on disclosure conversation is limited. The most successful disclosure initiatives are likely to be those that emerge locally, are driven by an institutional leadership and a workforce committed to transparency, and focus on providing health care workers with the skills needed to conduct these difficult conversations well*."[158]

Een minder ingrijpende vorm van overheidsingrijpen betreft het (doen) opstellen van richtlijnen voor zorgverleners en zorginstellingen. [159] Australië was

---

156 Gallagher e.a. 2007, p. 2715.

157 Gallagher e.a. 2007, p. 2715.

158 Gallagher e.a. 2007 p. 2716. Zie voor een beschrijving van voor en nadelen 'private' oplossing op instellingsniveau, Mello & Gallagher 2010.

159 Ook heeft men in diverse landen gepoogd met zogenaamde *apology protecting legislation* het betrachten van openheid en het aanbieden van excuses te stimuleren. Deze wetgeving

een van de eerste landen om een dergelijke standaard te introduceren.[160] De in 2003 gepubliceerde National Open Disclosure Standard (NODS) benoemt als belangrijkste elementen van openheid een spijtbetuiging, een feitelijke verklaring voor wat er gebeurd is, het schetsen van de mogelijke gevolgen voor de patiënt, het ondernemen van stappen om deze gevolgen te weg te nemen of te verminderen en het nemen van maatregelen om herhaling te voorkomen. De standaard schetst tevens een proces waarlangs de openheid gestalte zou moeten krijgen. Een uitgebreide evaluatie van de implementatie van de standaard in 21 van 40 pilotlocaties verspreid over Australië wees uit dat door patiënten en zorgverleners het beleid van openheid breed word ondersteund maar dat er ook nog veel vraag- en verbeterpunten waren.[161] In 2008 besloten de Australische ministers van volksgezondheid, mede op basis van deze evaluatie, te komen tot een zorgbrede implementatie van de NODS. Tevens werd er een groot onderzoek gestart naar de ervaringen van patiënten die me maken kregen met een medisch incident.[162] Recentelijk heeft er, mede op basis van de resultaten van dit onderzoek, een *review* van de NODS plaatsgevonden.[163]

Disclosure-and-Offer Programs

Deze initiatieven hebben gemeen dat ze streven naar grotere openheid bij een *adverse event*. De achterliggende filosofie/veronderstelling is dat openheid over incidenten, het aanbieden van excuses waar dat op z'n plaats is, en het (in ieder geval in een bepaalde mate) voorzien in de financiële noden van de patiënt middels een snelle en toegankelijke procedure, de geneigdheid van patiënten of hun naasten tot indienen van een formeel juridische claim in belangrijke mate zal verminderen. Daarnaast stelt een beleid van openheid de organisatie beter in staat van fouten te leren en tot veiligheidsverbeteringen te komen.

---

bewerkstelligt dat het maken van veronstschuldigingen niet op zich zelf reeds ter bewijs kan dienen voor het aannemen van aansprakelijkheid (zie voor een overzicht Vines 2008). Overigens lijkt de waarde en het effect van dit soort wetgeving beperkt (Mastroianni 2010; Mc Donnel 2008)

160 Australian Commission for Safety and Quality in Health Care. Open Disclosure Standard: A National Standard for Open Communication in Public and Private Hospitals, Following an Adverse Event in Health Care. Sydney, NSW: Australian Commission for Safety and Quality in Health Care, 2003. Ook in diverse andere landen zijn (inmiddels) soortgelijke initiatieven ondernomen. Zie bijv. Canadian Patient Safety Institute, Canadian disclosure guidelines, Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute, 2008, National Patient Safety Agency. Being Open. Communicating Patient Safety Incidents With Patients, Their Families and Carers. London: NHS, 2005 (opnieuw gepubliceerd in 2009) en Harvard Hospitals 2006.

161 Iedema e.a 2008; Sorensen e.a. 2008.

162 Iedema e.a. 2011a en Iedema e.a. 2011b.

163 Zie nader:www.safetyandquality.gov.au/our-work/open-disclosure.

De diverse *Disclosure-and-Offer Programs* verschillen in uitwerking, maar de volgende algemene kenmerken kunnen worden benoemd:[164]

1) Wanneer zich een *adverse event* voordoet dient de zorgverlener dit te melden aan de risk manager van de instelling. Er wordt openheid betracht los van de vraag of er sprake is van een medische fout.
2) Met ondersteuning van de zorginstelling geven artsen openheid van zaken aan de patiënt en/of zijn familie. Afhankelijk van de resultaten van het door de instelling verrichte onderzoek naar de oorzaak van het overlijden of letsel volgt er een excuus (waarbij ook verantwoordelijkheid voor de toegebrachte schade wordt erkend) of enkel een spijtbetuiging ("ik betreur dat u dit is overkomen").
3) Op korte termijn wordt een onderzoek verricht naar de oorzaak van de *adverse event* en de patiënt wordt op de hoogte gehouden van de vorderingen en bevindingen. Openheid wordt opgevat als een voortdurend proces.
4) De zorginstelling stelt spoedig vast of op basis van de van toepassing zijnde regeling een schadevergoeding geboden is. De mate waarin en de omstandigheden waaronder schade wordt vergoed verschilt.
5) Als toepassing van de procedure niet tot een schikking leidt kan er alsnog een claim worden ingediend.

Disclosure-and-Offer Programs zijn niet (geheel) op een lijn te stellen met meer algemeen toegepaste *full disclosure policies/programs.* Enerzijds gaan ze verder in de zin dat ze ook betrekking hebben op het aanbieden van (gedeeltelijke) schadevergoeding. Anderzijds kunnen ze beperkter zijn in de zin dat in sommige gevallen nadere voorwaarden worden gesteld aan de toepassing van een dergelijke procedure.[165]

Afhankelijk van de precieze vormgeving zullen een *Disclosure-and-Offer Program* en een meer algemeen openheidsbeleid overlappen en zullen daarvoor in aanmerking komende gevallen worden 'doorgesluisd' naar het 'aanbieden-van-schadevergoeding proces'.

Een aantal van deze *Disclosure-and-Offer Programs* zijn gedetailleerd beschreven in de literatuur en zullen hieronder nader worden besproken

In 1986 besloot het Veterans Affairs Medical Centre in Lexington (Kentucky), na twee verloren procedures wegens medische aansprakelijkheid, over te gaan tot

164 Mello & Kachalia 2010, p. 36.
165 Zie bijvoorbeeld Quinn & Eichler 2008.

een nieuwe aanpak van medische fouten. Deze aanpak kwam neer op het volgende:[166]

- het ziekenhuis begint in geval van een incident zelf een onderzoek en bouwt een dossier op;
- de patiënt/familie wordt ingelicht (ook als ze niet op de hoogte zijn van een mogelijke fout);
- er wordt open kaart gespeeld als er een fout gemaakt lijkt te zijn;
- de patiënt/familie wordt geadviseerd een advocaat in de arm te nemen;
- het ziekenhuis beziet of specifieke zorg aangeboden kan worden;
- er worden excuses aangeboden als een fout gemaakt was;
- men probeert in geval van een fout zo snel mogelijk tot een regeling te komen waarin ook schadevergoeding word geregeld.

De nieuwe aanpak heeft voor het ziekenhuis tot een vermindering van de aansprakelijkheidslast geleid.[167] Mede in navolging van dit experiment van het Veterans Affairs Hospital in Kentucky[168] zijn ook andere ziekenhuizen, aansprakelijkheidsverzekeraars, gezondheidsorganisaties en overheden overgegaan tot het vormgeven en implementeren van *Disclosure-and-Offer Programs*.[169]

Binnen het University of Michigan Health System (UMHS), een groep van 'self-insured' ziekenhuizen, werd in 2001 het initiatief genomen om (mogelijke) medische fouten anders af te wikkelen, op een wijze die meer aansluit op de behoeften en drijfveren van claimanten, uitgaande van de volgende 3 beginselen:

1) vergoed schade snel en billijk in het geval dat schade is toegebracht door tekortschietende zorg;
2) voer verweer waar sprake was adequate zorg;
3) voorkom toekomstige schade (en claims) door te leren van de ervaringen van patiënten.

---

166 Kraman & Hamm 1999. In dit verband zijn ook de inspanningen van de Amerikaanse 'Sorry Works! Coalition' vermeldenswaardig. Deze coalitie benadrukt het belang van een zogenaamde 'quick response' benadering: een combinatie van (wettelijk verplichte) openheid, zo nodig excuses en schadevergoeding op korte termijn. Zie http://www.sorryworks.net.

167 Kraman & Hamm 1999, p. 964. Voor de implementatie van deze aanpak behoorde het Veterans Affairs Medical Centre tot een van de Veterans Affairs ziekenhuizen met de grootste aansprakelijkheidslast. Inmiddels zou het ziekenhuis tot de groep met de kleinste aansprakelijkheidslast behoren, Taft 2005, p. 84. Ook bij andere ziekenhuizen die nadien een vergelijkbaar beleid hebben geïmplementeerd zou dit inmiddels hebben geleid tot een verminderde aansprakelijkheidslast, Taft 2005, p. 85-86.

168 Zie bijv. Kramann en Hamm 1999 en Van Maanen 2003.

169 Zie voor overzichten Mello & Kachalia 2010 p. 36 e.v., Youngberg e.a 2010 p. 225 e.v. ; Mello & Gallagher 2010; Sorensen e.a 2009; Gallagher 2009; Shapiro 2008.

Een van de belangrijkste vraagpunten in dit verband betreft het onderscheid tussen adequate en tekortschietende zorg, tussen een complicatie en een fout. Immers dit onderscheid is bepalend voor de vereiste wijze van reageren door de zorginstelling.

Om in de praktijk in staat te zijn met de benodigde expertise dit onderscheid te kunnen maken werd de afdeling risk management omgevormd en uitgebreid. Ervaren verpleegsters werden aangesteld als claimbeoordelaars. De ratio was dat het makkelijker zou zijn zorgverleners claimafhandelingsvaardigheden bij te brengen dan claimbehandelaars vertrouwd te laten worden met complexe medische zaken. Bovendien, zo was de gedachte, biedt dit ook betere mogelijkheden om van de ervaringen van patiënten te leren en toekomstige schade te voorkomen.[170] Voorts werd voorzien in een commissie die tot taak heeft elke beslissing van risk management nog eens tegen het licht te houden en vanuit hun expertise de volgende vragen te beantwoorden: 1) was er inderdaad sprake van tekortschietende zorg?; 2) heeft dit negatieve gevolgen gehad voor de patient?

Tevens beoordeeld deze commissie of de zaak in aanmerking komt voor peer review, aanleiding dient te zijn voor kwaliteitsverbetering of zich leent voor educatieve doeleinden. Met dit doel werd een bestaande commissie, die diende ter ondersteuning van advocaten die optraden voor het ziekenhuis, uitgebreid met vertegenwoordigers van diverse medische specialismen en van het verplegend personeel. Elke bijeenkomst werd bijgewoond door een jurist van het UMHS.

Iedere patiënt, en wanneer de patiënt reeds een belangenbehartiger heeft ingeschakeld tevens zijn belangenbehartiger, wordt uitgenodigd voor een open en eerlijke dialoog over hetgeen zich heeft voorgedaan. Van dit gesprek is de volgende algemene omschrijving gegeven:[171]

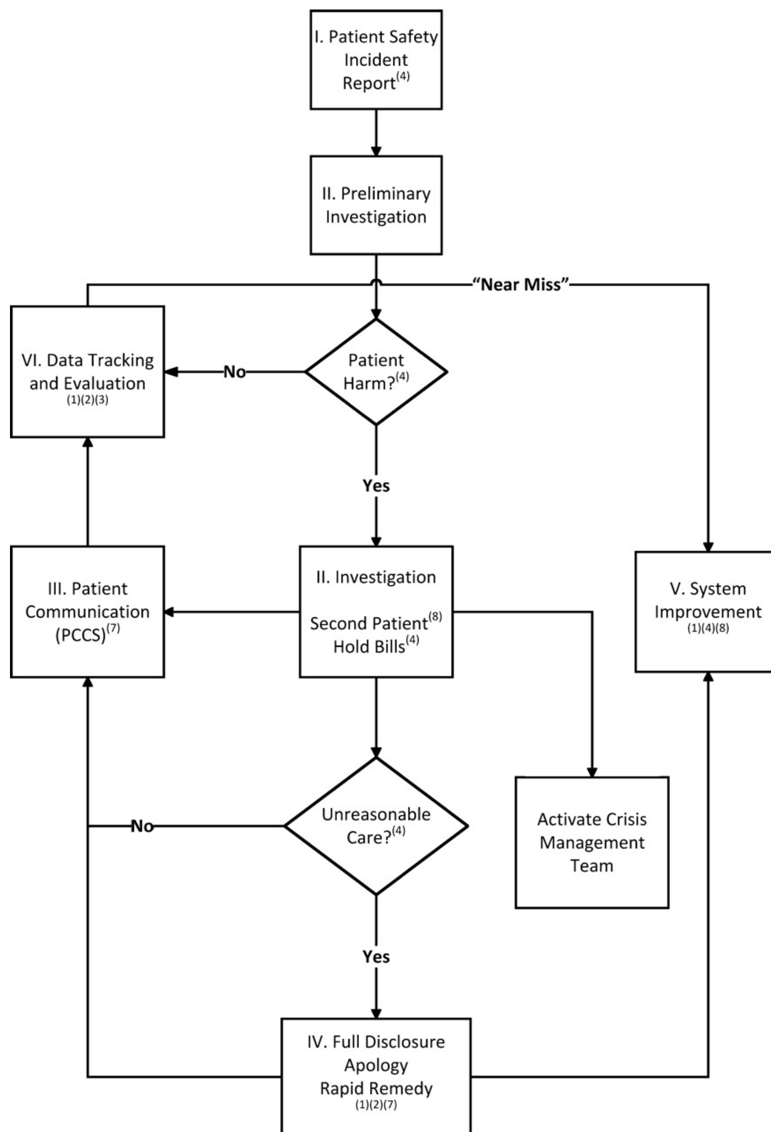
> "*Expert opinions are exchanged and agreements are reached—agreement to drop the claim, agreements to settle (sometimes with an apology), and occasionally, agreements to disagree. Patients develop a thorough understanding of what happened before misconceptions and bogus information drive them to the courthouse. Constructive engagement allows the parties to understand what they face with litigation. Both sides can move forward with "informed consent." In this dynamic, litigation is relegated to the role it was meant to play: a last resort for resolving intransigent disputes*."

---

170 Eerst primaire bron noemen. Verg. in dit verband ook de aanbevelingen van de Commissie Lemstra II 2010, p. 61.

171 Boothman e.a. 2009, p. 142.

Geïnspireerd door en voortbouwend op deze aanpak van het UMHS heeft ook het University of Illinois Medical Centre (UIMCC) een nieuwe aanpak geformuleerd met betrekking tot hoe te reageren op (en te leren van) incidenten.[172] Deze aanpak wordt aangeduid als *the seven pillars* naar de zeven pijlers waarop het beleid steunt. Deze pijlers worden schematisch als volgt weergegeven:



Figuur 2: 'the seven pillars' van het University of Illinois Medical Centre (UIMCC)

Het melden van incidenten vormt de eerste pijler; een melding zet het proces in werking. Om meldingen te stimuleren worden medewerkers die melden publiekelijk 'omarmd' door een eervolle vermelding in de UIMCC patient safety newsletter. Anderzijds worden afdelingen financieel gestraft door middel van

172 Mc Donalds 2010.

een verhoging in de bijdrage aan de verzekeringspremie wanneer zij in gebreke blijven incidenten die tot schade aan de patiënt hebben geleid te melden.

Onderzoek is de tweede pijler. De dienstdoende risk manager doet een eerste onderzoek om te bepalen of schade is toegebracht aan de patient. Als dit het geval is wordt de zaak onderzocht door de voorzitter van de Medical Staff Review Board (MSRB), een commissie bestaande uit medisch en administratief personeel die belast is met het toezicht op het patient safety incident management process, die een *rapid investigation team* benoemt dat tot taak heeft om binnen 72 uur informatie te verzamelen en een grondig multidiscplinair onderzoek uit te voeren inclusief zogenaamde *root-cause analysis* (RCA), om vervolgens een uitspraak te doen over de vraag of er sprake was van *reasonable care*. Het team rapporteert zijn bevindingen aan de MSRB die vervolgens beraadslaagt over de onderliggende oorzaken, de verantwoordelijkheid, en mogelijke maatregelen ter verbetering van de zorg.

Communicatie is de derde pijler en wordt gezien als kernonderdeel van het proces. Er dient sprake te zijn van voortdurende communicatie met de patiënt en zijn familie ("Full disclosure is a process, not an event"). In zijn algemeenheid worden alleen bevinden gemeld en besproken waarvan redelijkerwijs te verwachten valt dat ze niet later door nieuwe bevindingen onjuist zullen blijken te zijn. In alle gevallen wordt met de patiënt en zijn familie besproken of het onderzoek uitwijst of er een fout is gemaakt (of er sprake was van *unreasonable care*) en de wijze waarop tot dat oordeel is gekomen, met inbegrip van de resultaten van de RCA. Als er geen concensus tussen partijen kan worden bereikt dan wordt de patiënt een onafhankelijke peer review aangeboden. In alle gevallen wordt er een 'patiënt liaison' benoemd 'to adress any subsequent concernes'.

In de meeste gevallen maakt de verantwoordelijke zorgverlener deel uit van het overleg en zal dat ook vaak leiden. Hij biedt ook verontschuldigingen aan als dat op zijn plaats is. Ter ondersteuning en facilitering is een Patient Communication Consult Service (PCCS) in het leven geroepen. De PCCS is een groep vrijwilligers, bestaande uit zorgverleners van elke afdeling in het UIMCC die een speciale communicatietraining hebben gekregen. Zij zijn beschikbaar op verzoek van de zorgverlener of de patiënt. Deze vrijwilligers helpen te waarborgen dat er excuses worden gemaakt wanneer er sprake is van unreasonable care, dat wordt uitgelegd wat er gebeurd en wat de gevolgen daarvan zijn voor de patient, en dat dit op een manier gebeurt die begrijpelijk en betekenisvol is voor de patiënt.

Verontschuldigingen aanbieden en zorgdragen voor herstelmaatregelen is de vierde pijler. Als een patiënt schade heeft opgelopen als gevolg van unreasonable

care dan dienen er niet alleen excuses te worden aangeboden maar dienen er ook snel adequate herstelmaatregelen te worden genomen. Er worden ook geen rekeningen meer door het ziekenhuis verstuurd. Daarnaast probeert een *rapid settlement team* in overleg met de patiënt en zijn belangenbehartiger tot een snelle afhandeling van een eventuele claim te komen.

Systeemverbeteringen doorvoeren is de vijfde pijler. Bekeken wordt of maatregelen kunnen worden genomen om te voorkomen dat incidenten zich nog eens kunnen voordoen. Patiënten en familieleden worden uitgenodigd deel te nemen aan dit proces. 'Data tracking and performance evaluation' is de zesde pijler. Relevante gegevens zoals aantal en type incidenten worden verzameld en gebruikt voor interne kwaliteitsbewaking. De zevende en laatste pijler is scholing en training, Dit varieert van algemene voorlichting tot het gebruik van een rollenspel met acteurs.

Impact van Disclosure-and-Offer Programs op de aansprakelijkheidslast

Een belangrijke barrière voor openheid over (potentiële) medische fouten in zijn algemeenheid, en de implementatie van *Disclosure-and-Offer Programs* in het bijzonder, is de angst voor aansprakelijkheid. Enerzijds kan openheid er toe leiden dat patiënten of nabestaanden op de hoogte raken van het feit dat zij het slachtoffer zijn geworden van een anders niet vermoede fout. Dit kan mogelijk een claimopwekkende werking hebben. Anderzijds kan openheid de claim-geneigdheid van patiënten en nabestaanden juist doen afnemen en daardoor claims voorkomen. De eerste ervaringen met het betrachten van grotere open-heid in de Verenigde Staten wijzen in ieder geval uit dat de aansprakelijk-heidslast voor de daarbij betrokken instellingen niet is toegenomen, maar juist is afgenomen. Recent onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat na het implementeren in 2001 van hun openheidsbeleid het UMHS (University of Michican Health System) het aantal claims en rechtszaken significant afnam, de gemiddelde looptijd van afhandeling bijna met de helft werd bekort, en de totale aansprakelijkheidkosten, zowel wat betreft uitgekeerde bedragen als wat betreft afwikkelingskosten verminderden.[173]

173 Bell e.a. 2012; Kachalia e.a. 2010. Zie ook Youngberg 2010 p. 256 e.v.

Het Franse tweesporen-model[174]

Het hieronder beschreven, door de in 2002 ingevoerde *Kourchner*-wet[175] in Frankrijk geïntroduceerde systeem, is primair gericht op (een soepeler) afwikkeling van (ernstige) medische schade en niet op verbetering van de eerste opvang van patiënten. Het kenmerkende van het Franse model is dat er een laagdrempelige, kosteloze procedure in het leven is geroepen waarin door speciale, regionale commissies de oorzaak van de schade wordt onderzocht om vervolgens op basis daarvan een oordeel te geven over de aansprakelijkheid. Dit oordeel is in beginsel slechts een advies. Het uiteindelijke oordeel over de aansprakelijkheid blijft aan de civiele rechter. Wel is het zo dat als een aansprakelijke zorgverlener of zijn verzekeraar het oordeel van de commissie betwist, en weigert de schade te vergoeden, deze schade alsnog door een overheidsfonds wordt vergoed. Daarnaast gaat dit fonds ook tot vergoeding over wanneer geen aansprakelijke partij kan worden aangewezen maar het 'abnormale' schade betreft die bovendien de voor toepassing voor de regeling bepaalde ernst overstijgt. Op deze wijze worden in het Franse stelsel een (traditionele) schuldaansprakelijkheid en een *no-fault*systeem geïntegreerd in één systeem. In België heeft men zeer recent een soortgelijk stelsel ingevoerd waarin men grotendeels het Franse model heeft overgenomen.[176]

De *Kourchner*-wet beoogt het schadeafwikkelingsproces in geval van onbedoelde gevolgen van medisch handelen te versoepelen. Bovendien beoogde men ook de openheid te verbeteren.[177] Het gaat in feite om twee regelingen: een klassieke burgerlijk rechtelijke aansprakelijkheidsregeling (schuld) met verplichte verzekering en een vergoedingsregeling op basis van, wat wordt genoemd, de

174 Voor wat betreft de compensatie van schade als gevolg van medisch handelen zijn in Europa grosso modo drie verschillende systemen te onderscheiden: vergoeding op basis van het aansprakelijkheidsrecht (meeste Europese landen), vergoeding op basis van een no-fault systeem (Scandinavische landen) en vergoeding op basis van een systeem dat beide voorgaande systemen combineert (Frankrijk en België). Zie Koch 2011; Cascao & Hendrickx 2007; Cascao 2005. In de meeste landen wordt schade van patiënten afgewikkeld op basis van het (klassieke) aansprakelijkheidsrecht. Dit geldt, met uitzondering van medische experimenten, ook voor Nederland. De Scandinavische landen (Noorwegen, Zeden, Finland, Denenmarken en Ijsland) kennen alle een no-fault verzekeringssysteem voor medische schade. In een dergelijk systeem is het krijgen van een vergoeding niet afhankelijk van het zich voor gedaan hebben van een medische fout. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding van vermijdbare of 'serious unendurable injury'. Zie meer uitgebreid Dute e.a. 2002. En voor het Zweedse stelsel: Johannson 2010. Zie voor een nadere beschouwing van het vermijdbaarheidscriterium in de diverse stelsels: Kachalia e.a. 2008.

175 Zie http://www.oniam.fr. Zie voor besprekingen Koch 2011, p. 214 e.v.; Derycke & Roman-Amat 2010, en Cascão 2005 p. 40-42 en Dute e.a. 2002, p. 161 e.v.

176 Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg van 31 maart 2012, Belgisch Staatsblad 1 juli 2012. Zie voor besprekingen Boone & Lierman 2011 & De Kezel 2009. Overigens kent de Belgische wet geen regionale commissies.

177 Dute e.a. 2002, p. 165.

nationale solidariteit.[178] In dit verband wordt ook wel van een tweesporen-systeem gesproken. Bij de uitvoering spelen regionale (bestuurlijke) commissies, de zogenaamde CRCI's (Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) een centrale rol. Deze commissies (25 in totaal, verspreid over Frankrijk) bestaan uit vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgverleners, verzekeraars en deskundigen op het terrein van de letselschadeafwikkeling en worden voorgezeten door een rechter. Patiënten kunnen een claim indienen bij een CRCI middels een van het web te downloaden formulier.[179] Om in behandeling te worden genomen moet de schade voldoende ernstig zijn. Er moet bijvoorbeeld sprake zijn van minstens 24% invaliditeit, onvermogen om te werken gedurende een periode van 6 maanden of langer, ernstige verstoringen in de levenscondities van de patiënt of onvermogen het oude beroep weer op te pakken. Ook moet de patiënt aantonen dat het om onverwachte gevolgen (buiten de normale lijn der verwachtingen) van de medische behandeling ging. Daartoe volstaat een doktersverklaring waarin de schade wordt gespecificeerd (en dus niet de mogelijke oorzaak).[180]

Als aan deze voorwaarden is voldaan geeft de betreffende CRCI opdracht aan medisch deskundigen om de toedracht te onderzoeken (zij betrekken daarbij de betrokken partijen).[181] Vervolgens komt de CRCI met een oordeel omtrent de waarschijnlijke oorzaken van de schade en vraag welke partijen daarvoor aansprakelijk kunnen worden gehouden. Als een zorgverlener als aansprakelijke partij wordt aangewezen, wordt zijn verzekeraar geacht een schadevergoeding aan te bieden en dienen zij de kosten voor het deskundigenonderzoek voor hun rekening te nemen. Als er in het oordeel van de CRCI geen aansprakelijke partij word aangewezen, dan wordt een andere, tevens op basis van de *Kourchner*-wet in het leven geroepen organisatie, L' Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM), geacht een voorstel tot vergoeding van schade te doen. De ONIAM valt onder het Franse Ministerie van Volksgezondheid kent een vergelijkbare samenstelling als de CRCI's aangevuld met vertegenwoordigers van de overheid en publieke organen zoals sociale verzekeringsinstellingen. Het wordt gefinancierd uit sociale zekerheidsfondsen.[182]

178 Dute e.a. 2002, p. 162. Zie De Kezel 2009.

179 Ook kan een patient of zijn familie een CRCI verzoeken een bemiddelaar aan te wijzen. Van deze mogelijkheid wordt in de praktijk weinig gebruik gemaakt. Zie Derycke & Roman-Amat 2010, p. 10.

180 Derycke & Roman-Amat 2010, p. 9.

181 De kosten voor dit deskundigenonderzoek worden geheel vergoed door de hieronder nog aan de orde komende ONIAM.

182 Dute e.a. 2002, p. 165.

De patiënt kan het voorstel van de verzekeraar van de zorgverlener c.q. het voorstel van ONIAM aanvaarden of verwerpen.[183] Aanvaarding wordt beschouwd als een partijen bindende schikking en het is voor de patiënt niet meer mogelijk schade te verhalen op enig andere persoon.

De ONIAM biedt ook schadevergoeding aan als de zorgverlener onverzekerd blijkt[184] of zijn verzekeraar geen voorstel tot schadevergoeding doet. Bij dit laatste dient bedacht te worden dat het oordeel van de CRCI niet bindend is voor de verzekeraar, noch voor de ONIAM. Wel is het zo dat er indirect wel druk op verzekeraas wordt uitgeoefend om eigener beweging met een voorstel te komen. Als namelijk een rechtbank alsnog vaststelt dat de betreffende zorgverlener aansprakelijk is en de verzekeraar dus tot schadevergoeding is verplicht, dan legt de rechter de verzekeraar tevens een boete op die kan oplopen tot 15% van het aan de patiënt toegekende bedrag. Hetzelfde geldt als de patiënt volgens de rechter terecht een te lage vergoeding heeft geweigerd.

Inmiddels wordt door een aanzienlijk aantal patiënten gebruik gemaakt van deze procedure.[185] Maar er is ook veel kritiek. Zo slaagt de CRCI er vaak niet in om binnen de beoogde 6 maanden tot een oordeel te komen, is er geen verplichting het oordeel publiek te maken, zijn de toegekende bedragen gemiddeld beduidend lager dan door de rechter toegekende bedragen, ontbreekt het aan voldoende geharmoniseerd beleid tussen de CRCI's waardoor er verschillend geoordeeld wordt over vergelijkbare gevallen, behoudt ONIAM de bevoegdheid om het oordeel van de CRCI's naast zich neer te leggen, en ontbreekt het aan heldere en adequate procedureregels om een goede procesgang te waarborgen.[186]

2.11 Grote lijnen uit de verkenning

De in paragraaf 2.2 beschreven cijfers brengen tot uitdrukking dat er een substantiële groep patiënten en naasten jaarlijks te maken krijgt met potentieel vermijdbaar letsel en overlijden. Tevens mag uit deze cijfers worden afgeleid dat in de praktijk patiënten slechts een gedeelte van de als gevolg van een medische

183 Het is de bedoeling dat de schadevergoedingsprocedure in minder dan een jaar is afgerond. Daarbij wordt uitgegaan van een periode van 6 maanden voor het CRCI om tot een oordeel te komen, vervolgens een periode van 4 maanden voor de verzekeraar of ONIAM om tot een voorstel te komen en vervolgens 1 maand na acceptatie van het voorstel om tot uitbetaling over te gaan. In de praktijk slagen de CRCI's er vaak niet in binnen 6 maanden tot een oordeel te komen. Zie Derycke & Roman-Amat 2010, p. 9-10.

184 De wet voorziet overigens in een verzekeringsplicht.

185 Volgens Derycke & Roman-Amat (2010, p. 10) gaat het om 2400 tot 3000 zaken per jaar. In de eerste helft van 2009 waren er 1759 claims (ONIAM Rapport d'activite, 1er semester 2009).

186 Derycke & Roman-Amat 2010, p. 10.

fout geleden vermogensschade krijgen vergoed. Er is sprake van ondercompensatie.

Vastgesteld kan worden dat de problematiek rond medische incidenten zich in de (meest internationale) literatuur in een groeiende belangstelling mag verheugen. Er is de afgelopen jaren een groot aantal publicaties verschenen over de behoeften van patiënten na een medisch incident, de beletselen voor openheid over medische fouten, de gewenste vorm en inhoud van *open disclosure* en (mogelijke) *operational strategies* tot bevordering van naleving van de norm. Deze literatuur en buitenlandse ontwikkelingen hebben belangrijke inzichten voor het onderhavige onderzoek opgeleverd. Tegelijkertijd maken medische en juridische cultuurverschillen dat men er voor moet waken buitenlandse bevindingen en oplossingen direct te transponeren. Ook dient men de eventuele methodologische beperkingen van de diverse wetenschappelijk studies voor ogen te houden.

Uit de literatuur blijkt dat een medisch incident voor de patiënt naast fysieke, ook ingrijpende emotionele en financiële kan hebben. In dit verband wordt wel gesproken van drie typen mogelijk trauma's: een fysiek, een emotioneel en een financieel trauma. Openheid over het incident kan verdere fysieke en emotionele schade voor de patiënt (en toekomstige patiënten) voorkomen.

Patiënten en hun familie hebben na een medisch incident primair behoefte aan informatie (wat is er gebeurd, hoe heeft dat kunnen gebeuren, welke gevolgen heeft dat voor de patiënt, en hoe herhaling in de toekomst wordt voorkomen). Ook zoeken ze erkenning en medeleven. Waar de zorgverlener een verwijt treft, verlangen zij ook dat hij zijn excuses maakt. Ze willen dat geïnformeerd wordt naar hun specifiek behoeften en ze hebben behoefte aan praktische en emotionele ondersteuning.

Een adequate reactie (die inspeelt op informationele en andere behoeften van patiënten) kan onnodige formalisering en juridisering van het traject na een (vermeende) fout voorkomen. Daarbij is van belang openheid niet als eenmalige gebeurtenis maar als een voortdurend proces te beschouwen.

De moreel-ethische plicht tot openheid wordt door zorgverleners breed onderschreven. Zij wordt ook in toenemende mate in concrete (rechts)regels tot uitdrukking gebracht. Desondanks kan worden vastgesteld dat jegens patiënten lang niet altijd de gewenste openheid wordt betracht. De literatuur biedt inzicht in de diverse barrières die openheid over incidenten kunnen belemmeren en die de kloof tussen norm en praktijk kunnen verklaren. Genoemd worden de

beroepscultuur onder artsen, de neiging een incident aan andere factoren dan eigen falen toe te schrijven, psychologische weerstand tegen slecht nieuws gesprekken, twijfel over de eigen communicatieve capaciteiten. Louter het voorschrijven van gedragsnormen aan zorgverleners is waarschijnlijk onvoldoende om de gewenste openheid te bewerkstelligen. Daarvoor zullen bijkomende maatregelen vereist zijn zoals scholing en ondersteuning van artsen, maar ook het realiseren van een openheidscultuur in de instelling waarin fouten in alle openheid besproken kunnen worden. Openheid is een zorginstellingsbrede verantwoordelijkheid.

Naast een gebrek aan openheid zijn er een aantal andere kenmerken van de medische letselschadepraktijk aan te wijzen die het medische letselschadeafwikkelingproces voor het slachtoffer tot een emotionele en financiële uitputtingsslag kunnen maken. Prominente punten zijn daarbij de lange duur en de onzekere uitkomst van het proces, de lastige bewijspositie van de patiënt en de veelal als defensief of vijandig gepercipieerde houding van de verzekeraar.

Om de belangrijkste knelpunten vanuit het perspectief van de patiënt weg te nemen zijn in de Nederlandse literatuur o.a. de volgende suggesties gedaan:

- Gedupeerde patiënten dienen actief geïnformeerd te worden over de mogelijkheid een klacht en/of claim in te dienen en moeten daarin worden begeleid.
- Ziekenhuizen moeten een substantieel hoger eigen risico nemen voor de aansprakelijkheidsverzekering, zodat het de afhandeling van de kleinere claims geheel zelf ter hand kan nemen.
- Om de toegankelijkheid van het recht te vergroten dient zowel de medisch adviseur als de medisch deskundige onder de gefinancierde rechtsbijstand (de toevoeging) te worden gebracht.
- Ook ten aanzien van claims die behandeld worden door de aansprakelijkheidsverzekeraar dient het ziekenhuis een nadrukkelijker inbreng te hebben. Het ziekenhuis dient de patiënt te begeleiden in dit proces, door een vast aanspreekpunt binnen het ziekenhuis aan te wijzen, informatie te geven over de claimprocedure, de verschillende fasen die worden doorlopen, en de termijnen die daarvoor gesteld zijn, alsmede over de voortgang van de behandeling, bij voorkeur door middel van een periodiek voortgangsbericht op vastgestelde momenten.
- In de huidige procedure van claimbehandeling dient voorzien te worden in de mogelijkheid voor de claimant om een onafhankelijk oordeel in te roepen.

- Onderzocht zou moeten worden welke mogelijkheden er bestaan om de rechtsbijstand van patiënten die schade hebben geleden als gevolg van medisch handelen kan worden uitgebreid, met name door na te gaan of deze vorm van rechtsbijstand als aanspraak is op te nemen in het basis-pakket ingevolge de Zorgverzekeringswet.

Bij het denken over mogelijke verbetering met betrekking tot de opvang en schadeafwikkeling bij medische incidenten kunnen ook de beschreven buitenlandse initiatieven en praktijken mogelijk inspiratie bieden. Elementen die daarbij in het oog springen zijn:

- een snelle, voor de patiënt kosteloze, onafhankelijke beoordeling van de oorzaak van - en in het verlengde daarvan de aansprakelijkheid voor – de medische schade;
- een snelle afwikkeling van de schade als bovenstaande beoordeling tot identificatie van een aansprakelijke partij leidt;
- het aanbieden van maatschappelijke en psycho-sociale nazorg aan de patiënt;
- het benoemen van een vast aanspreekpunt voor de patiënt.

Naast het denken over verbeteringen is in Nederland een concrete stap gezet met de totstandkoming van de GOMA. De daarin vervatte aanbevelingen betreffen enerzijds het handelen van degenen die betrokken zijn bij de afwikkeling van de gevolgen voor een patiënt van een incident in de gezondheidszorg, en anderzijds een adequate afwikkeling van verzoeken om schadevergoeding.

3. Patiënteninterviews

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van interviews met patiënten die geconfronteerd zijn met onbedoelde gevolgen van medisch handelen. In paragraaf 2 komen eerst de methodologische aspecten aan de orde. Hier wordt het proces van de dataverzameling besproken, evenals het interviewschema en de analysetechnieken. In paragraaf 3 worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd. Ten slotte bevat paragraaf 4 een beschouwing van de resultaten.

3.2. Methoden

3.2.1 Inleiding

In totaal zijn 45 patiënten geïnterviewd die geconfronteerd zijn met onbedoelde gevolgen van medisch handelen. Deze interviews vonden plaats tussen juni 2011 en mei 2012. De interviews werden afgenomen door de hoofdonderzoekers en een onderzoeksmedewerker. De interviewers benaderden deelnemers telefonisch voor het maken van een afspraak voor het interview. Het interview duurde ongeveer anderhalf uur en werd hoofdzakelijk bij de deelnemers thuis afgenomen. Een enkele keer werd het interview in overleg met de deelnemer op de Vrije Universiteit of telefonisch afgenomen. De interviews werden digitaal opgenomen om woordelijk te worden uitgetypt voor verdere analyse. In deze transcripten werden alle persoonsnamen, namen van zorginstellingen of plaatsnamen verwijderd (geanonimiseerd). Voorafgaand aan de uitvoering is het onderzoek ter goedkeuring voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie VUmc.

3.2.2. Werving van te interviewen patiënten; samenstelling onderzoekspopulatie

De werving van de 45 te interviewen patiënten verliep via verschillende kanalen, te weten (1) klachtenfunctionarissen, (2) het NIVEL Consumentenpanel, en (3) twee verzekeraars van medische aansprakelijkheid (Centramed en Medirisk). Bovendien (4) zijn ook 7 zogenaamde "zelfmelders" geïnterviewd. Nader over (de keuze voor) deze groepen het volgende.

Klachtenfunctionarissen
Omdat het functioneren van een "derde" bij de opvang en bejegening van patiënten bijzondere aandacht had, moest zeker zijn dat met een substantieel aantal mensen gesproken zou worden bij wier opvang een klachtenfunctionaris betrokken is geweest. Door via de klachtenfunctionarissen te werven, werd deze groep bereikt.

Via een presentatie op een ledenbijeenkomst en via de website en nieuwsbrief werden klachtenfunctionarissen die aangesloten zijn bij de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (VKIG) op de hoogte gesteld van het onderzoek. Hiernaast werden via de ledenlijst van de VKIG de klachtenfunctionarissen telefonisch en per e-mail benaderd om potentiële kandidaten aan te dragen voor ons onderzoek. De geselecteerde patiënten werden door de betreffende klachtenfunctionaris telefonisch benaderd met de vraag om aan het onderzoek deel te nemen. Als de benaderde patiënt toestemming gaf, werden hun gegevens verstrekt aan de onderzoekers van de Vrije Universiteit. Dit heeft tot 11 afgenomen interviews geleid.

Het doel was aanvankelijk via de klachtenfunctionarissen 15 patiënten te werven. Er bleek evenwel voor klachtenfunctionarissen een zekere barrière te bestaan bij het benaderen van patiënten. Dit zou er mee te maken kunnen hebben dat men het in de verhouding tot de patiënten onaangenaam vond te vragen aan het onderzoek mee te doen. Een oorzaak kan ook zijn dat men zich niet bevoegd achtte zelfstandig over het aanleveren van patiënten te oordelen en het vragen van toestemming aan bijvoorbeeld de Raad van Bestuur bezwaarlijk of te tijdrovend was (en soms ook werd geweigerd).

Medische verzekeraars (Centramed en MediRisk)
In het kader van dit onderzoek was het zaak te spreken met een substantiële groep mensen die een schadeclaim hebben ingediend. Immers, het onderhavige onderzoek heeft ook tot doel aanbevelingen ten aanzien van schadeafwikkeling te doen. Lang niet alle patiënten dienen echter een schadeclaim in. Via de

verzekeraars konden patiënten worden gevonden die per definitie een schadeclaim hebben ingediend.

De verzekeraars werd gevraagd van een aantal dossiers een aantal kenmerken aan te geven (korte beschrijving van het medisch incident, wanneer het incident zich had voorgedaan, in welke provincie, of de aansprakelijkheid kort na de aansprakelijkheidsstelling erkend was, de looptijd van de zaak en – als de zaak reeds was afgerond- of de vordering in overwegende mate was toe- of afgewezen). De onderzoeker hebben vervolgens een aantal dossiers geselecteerd en vervolgens de verzekeraars verzocht de potentiële kandidaten een brief te sturen met informatie over het onderzoek, alsmede een antwoordformulier waarop kon worden aangegeven dat men bereid deel te nemen aan het onderzoek. Dit heeft tot 15 afgenomen interviews geleid.

Werving via NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg

Om een "open blik" te behouden en niet alleen te werven via kanalen die direct uit de onderzoeksagenda voortvloeiden, zijn ook patiënten benaderd via het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg. Dat is een groep patiënten waarvan op voorhand geen bijzondere eigenschappen bekend waren. Dit panel bestaat uit circa 6.000 personen van 18 jaar en ouder. Via een korte vragenlijst werd aan deze personen gevraagd of zij of iemand in hun gezin te maken hadden gekregen (serieuze) onbedoelde gevolgen van medisch handelen en of zij bereid waren tot een interview in het kader van dit onderzoek. Vervolgens zijn (een aantal van) deze mensen door een onderzoeker benaderd om een afspraak te maken. Deze wervingsmethode heeft tot 12 afgenomen interviews geleid.

Zelfmelders

Tot slot hebben 10 mensen zich eigener beweging tot de onderzoekers gewend met het aanbod zich te laten interviewen (bijvoorbeeld omdat zij via de media van het onderhavige onderzoek hadden vernomen). Bij 7 van deze "zelfmelders" is ook inderdaad een interview afgenomen.

Opmerkingen over bias *in populatie*

Over mogelijke *bias* in de populatie valt het volgende te zeggen. Wat de groep patiënten die via de klachtenfunctionarissen is geworven betreft, moet er rekening mee worden gehouden dat daarin meer patiënten zitten die tevreden zijn over het optreden van de klachtenfunctionaris dan gemiddeld. Het lijkt immers redelijk te veronderstellen dat klachtenfunctionarissen minder geneigd zijn een "ontevreden patiënt" dan een "tevreden patiënt" met het verzoek tot medewerking aan het onderhavige onderzoek te benaderen. Denk in dit verband mede aan de eerder gememoreerde barrière die men algemeen lijkt te ervaren

bij het aanzoeken van patiënten – die barrière zal sterker zijn bij ontevreden patiënten. Bij de verzekeraars kon de selectie, vanwege de grote beschikbare aantallen zaken, 'mechanischer' verlopen dan bij de klachtenfunctionarissen. Dat vermindert de kans op *bias*.

De groep afkomstig van het NIVEL panel Consumentenpanel Gezondheidszorg lijkt geheel vrij van *bias*. Te zeggen is bijvoorbeeld wel dat patiënten met een zekere bedrevenheid in computergebruik zijn oververtegenwoordigd – het invullen van de screeningslijst ging per computer – maar dat levert geen voor het onderhavige onderzoek relevante *bias* op.

In de groep van zelfmelders kan men een sterke *bias* verwachten, nu het redelijk lijkt te veronderstellen dat een relatief groot deel met de na het incident geboden opvang ontevreden is. Onvrede over opvang zal immers sneller een drijfveer zijn over ervaringen te willen spreken dan tevredenheid.

In het licht van het voorgaande zijn over de *bias* twee nadere opmerkingen te maken. Ten eerste kunnen tot op zekere hoogte de sterker negatief gestemde zelfmelders geacht worden tegenwicht te hebben geboden aan de sterker positief gestemde patiënten van de zijde van klachtenfunctionarissen. Ten tweede is het volgende van belang. Het onderhavige onderzoek is kwalitatief van karakter. De interviews zijn er op gericht zinvolle opmerkingen van patiënten op te tekenen ten einde suggesties tot verbetering van het systeem te kunnen doen. Ook dan moet men de evenwichtige opbouw van de populatie goed in het oog houden. Tegelijkertijd maakt dat het belang van perfecte representativiteit voor relativering vatbaar, in de zin dat zeer bruikbare opmerkingen ook heel goed kunnen komen van patiënten die uitzonderlijk ontevreden of juist uitzonderlijk tevreden zijn. Dat, bijvoorbeeld, in het onderzoek geen uitspraken worden gedaan over wat men in het algemeen van het functioneren van de klachtenfunctionaris vindt, maakt dat het niet onoverkomelijk is dat de klachtenfunctionarissen de te spreken patiënten grotendeels zelf hebben aangeleverd.

3.2.3. Selectie en beschrijving van de deelnemers

Uitsluitend geïnterviewd zijn patiënten waarbij (naar het oordeel van de geïnterviewde) sprake was van lichamelijke schade na een medische behandeling (een *adverse event*) in de vorm van een verlengd verblijf in het ziekenhuis, een of meerdere herstelbehandeling(en) en operaties en/of tijdelijk of blijvende lichamelijke gevolgen (bijvoorbeeld lichamelijke beperkingen, littekens). In de

meeste gevallen vonden de interviews plaats met de getroffen patiënten zelf, al dan niet in aanwezigheid van hun partner. Het is eenmaal voorgekomen dat de ouders zijn geïnterviewd aangezien de gebeurtenis betrekking had op een minderjarige kind. In enkele gevallen zijn nabestaanden geïnterviewd over de medische behandeling van hun naasten (N= 5). Bij de door de klachtenfunctionarissen aangeleverde patiënten bestond, bij gebreke van "overtallige patiënten", niet een keuzemogelijkheid om patiënten al dan niet te includeren; alle patiënten die voldeden aan het in de eerste alinea van deze paragraaf genoemde criterium zijn geïnterviewd. Bij de door de verzekeraars aangeleverde patiënten bestond wel enige keuze. Daar is geselecteerd op de ernst van de gevolgen en de "leeftijd" van het incident. Er is voor gekozen de zwaardere zaken te gebruiken. Wat de leeftijd betreft zijn de meer recente zaken gekozen omdat daaraan juist behoefte bestond – oudere zaken waren er al voldoende. Een wezenlijk aantal van de via de screeningslijst van het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg geworven patiënten (50) bleek bij nader inzien toch niet te voldoen aan het hiervoor gegeven criterium of bleek onbereikbaar. Alle 12 patiënten die wel bereikbaar waren en voldeden, zijn geïnterviewd. Van de 10 zelfmelders zijn er 7 meegenomen in het onderzoek, de overige drie voldeden niet aan het criterium.

Tabel 2 geeft een overzicht van belangrijke kenmerken van de deelnemers. De gemiddelde leeftijd van deelnemers ten tijde van deelname aan het onderzoek was 56,8 jaar (SD=12,0). Van de deelnemers was 42,2% vrouw en 57,8% man. Voorts was 61,7% was gehuwd, 14,9% alleenstaand, 8,5% woonde samen met partner, 2,1% was gescheiden en 2,1% weduwe.

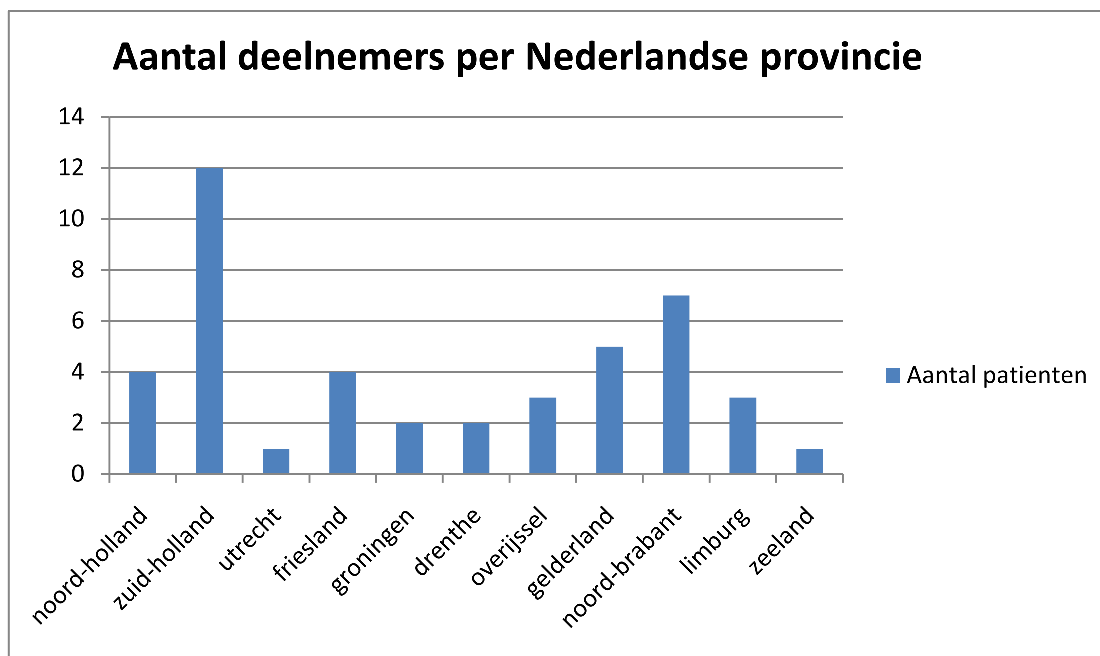
Tabel 2: Overzicht van algemene kenmerken van de deelnemers

	Totaal (N = 45)	
Geslacht		
Man	19	(42,2%)
Vrouw	26	(57,8%)
Nationaliteit		
Nederlands	45	(100%)
Leeftijd, M (SD)	56,8	(12,0)
Burgerlijke staat		
Gehuwd	29	(61,7%)
Samenwonend	4	(8,5%)
Alleenstaand	7	(14,9%)
Gescheiden	1	(2,1%)
Weduwe	1	(2,1%)
Netto jaarinkomen (euro)		
< 12.000	4	(10,3%)
12.000 – 24.000	7	(17,9%)
24.001 – 36.000	10	(25,6%)
36.001 – 48.000	7	(17,9%)
48.001 – 60.000	5	(12,8%)
> 60.000	6	(15,4%)

Alle deelnemers waren van Nederlandse nationaliteit. Dat is opvallend, maar er zijn geen conclusies aan verbonden.

In tabel 2 is de financiële status van de deelnemers terug te vinden. Gevraagd is naar het netto jaarinkomen van het hele huishouden (eigen inkomen plus eventueel inkomen van partner). Te zien is dat de grootste groep deelnemers een lager middeninkomen heeft (N=10).

Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal geïnterviewde deelnemers per Nederlandse provincie. De meeste deelnemers komen uit de provincie Zuid-Holland (N=12).



Tabel 3: aantal deelnemers per Nederlandse provincie.

Met betrekking tot de spreiding in tijd van de medische incidenten kan gezegd worden dat bij het overgrote gedeelte, 31 van de geïnterviewde patiënten, het medische incident na 2008 plaatsvond. Bij elf geïnterviewde patiënten heeft het incident tussen 2000–2007 plaatsgevonden. Een enkele patiënt rapporteert een medisch incident dat voor 2000 heeft plaatsgevonden. Hierbij wordt uitgegaan van het medische 'hoofdincident' in het geval er meerdere medische incidenten hebben plaatsgevonden.

3.2.4. Interviewschema

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen, is op basis van eerdere literatuur en interviews met diverse deskundigen en betrokkenen bij de afwikkeling van medische incidenten (psychologen, klachtenfunctionarissen, claimbehandelaars, etc.) een vragenlijst ontwikkeld rondom een aantal relevante thema's. Deze vragenlijst is voorgelegd aan de begeleidingscommissie en dat heeft tot enkele kleine wijzigingen geleid. Het interviewschema is als bij dit rapport gevoegd (zie Bijlage VI). De interviews werden gekenmerkt door een

semi-gestructureerd karakter. Per thema waren een aantal kernvragen en verdiepingsvragen geformuleerd. Al naar gelang het verloop van het interview, werd soms afgeweken van de volgorde van de vragen en werden bepaalde thema's nader uitgediept.

Het interview ving aan met een uiteenzetting van de achtergrond en het doel van het onderzoek en een aantal formaliteiten. Zo werden deelnemers verzekerd dat hun gegevens vertrouwelijk behandeld zouden worden en werd gevraagd of ze er bezwaar tegen hadden als het gesprek werd opgenomen.

Het eerste inhoudelijke thema betrof een aantal feitelijkheden rondom het medische incident. Er werd onder andere gevraagd naar de aard van het incident, wanneer het incident had plaatsgevonden, wat de lichamelijke, geestelijke en financiële gevolgen waren en of men bepaalde stappen heeft ondernomen naar aanleiding van het incident (bijvoorbeeld het indienen van een klacht of claim).

Het tweede thema dat aan bod kwam betrof de opvang en bejegening door het ziekenhuis. Hier werd dieper ingegaan op de gesprekken naar aanleiding van het incident met mensen van het ziekenhuis (de arts, andere zorgverleners, klachtenfunctionarissen of klachtenbemiddelaars). Gevraagd werd of er naar aanleiding van het incident (één of meerdere) gesprekken zijn geweest met de zorgverlener of andere personen van het ziekenhuis, wat in deze gesprekken aan de orde was gekomen, wie daarbij aanwezig waren en hoe men deze gesprekken heeft ervaren. In dit verband werd ook specifiek gevraagd hoe men – indien betrokken – het functioneren van de klachtenfunctionaris heeft ervaren. Ook werd in kaart gebracht wat er in de ogen van de deelnemers beter had gekund in de communicatie met en de opvang door zorgverleners en zorginstellingen.

Het derde thema betrof de herstelmaatregelen en schadeafwikkeling. Daarbij werd dieper ingegaan op het verloop van de schadeafwikkeling, op de belastendheid van dit proces, de motivatie voor het indienen van een schadeafwikkeling, eventuele vermijdbaarheid hiervan bij een andere reactie van de artsen/ziekenhuis en de houding van het ziekenhuis/de verzekeraar/de advocaat van de verzekeraar zich in het kader van de afwikkeling van de schade tegenover betrokkene. Ook werd gevraagd of men verbeterpunten kon aandragen om dit proces van schadeafwikkeling minder belastend te maken.

Het vierde thema dat aan bod kwam betrof de psycho-sociale opvang. Er werd in kaart gebracht of men naar aanleiding van het incident professionele hulp of ondersteuning heeft gehad, de frequentie hiervan, en indien het niet aanwezig

was geweest of men er behoefte aan heeft gehad. Tenslotte werd een korte vragenlijst overhandigd waar achtergrondkenmerken ingevuld konden worden.

3.2.5 Analyse

De woordelijk uitgewerkte transcripten van de interviews werden geanalyseerd met het analyseprogramma Atlas.ti, versie 5.2. Interviews werden 'within case' en vervolgens 'across case' geanalyseerd. Dat wil zeggen dat uitspraken eerst per deelnemer in de context van het interview werden geïnterpreteerd om vervolgens de uitspraken van verschillende deelnemers met elkaar te vergelijken.[187] Ieder relevant tekstfragment kreeg een code toegekend die betekenisvol was voor de inhoud van dat fragment. De codes werden gebaseerd op de interviewvragen uit het interviewschema (zie Bijlage VI). Het coderen van de 45 interviews werd door twee onderzoekers parallel uitgevoerd. Tijdens het proces van het lezen en coderen van de transcripten werd bezien of de toegekende labels overeen kwamen en of aanpassing of verfijning wenselijk was. Dit heeft tot enkele wijzigingen in de codering geleid.

Hiernaast is een zogenaamde 'monstertabel' opgesteld waarin de belangrijkste kenmerken uit de 45 patiënteninterviews zoals het type incident, hoe/wanneer de (vermeende) fout aan het licht is gekomen, de lichamelijke en geestelijke gevolgen, de, communicatie met de zorgverlener en het ziekenhuis, de betrokkenheid en waardering van de klachtenfunctionaris, (motieven voor) door de patiënt ondernomen stappen, en de eventuele schadeafwikkelingsprocedure. Het doel was om meer inzicht te verkrijgen in de groep deelnemers en de mogelijke verschillen of verbanden tussen groepen.

SPSS versie 20.0 voor Windows werd gebruikt om beschrijvende analyses uit te voeren met betrekking tot de demografische gegevens.

In de volgende paragraaf van dit rapport worden citaten gebruikt om bevindingen te illustreren. De weergegeven citaten kunnen worden beschouwd als het beste typerend voor de gevonden uitkomsten.

---

[187] Ayres e.a. 2003.

3.3 Resultaten

3.3.1 Het incident

Bij het grootste deel van de geïnterviewde patiënten bleek er sprake te zijn van een (vermeende) gemiste, te late of verkeerde diagnose. Het gaat daarbij onder andere om het over het hoofd zien van botbreuken, het niet ontdekken van tumoren, het verwisselen van testresultaten, of het achterwege laten van nader onderzoek. Opvallend vaak heeft de patiënt van meet af aan een vermoeden gehad waar het probleem zat, maar is daarin niet serieus genomen. Zie tabel 3.1 voor enkele voorbeelden van dit type medisch incident. De lichamelijke gevolgen van dit type medische incidenten varieerden. De gevolgen betroffen bijvoorbeeld het moeten ondergaan van meerdere hersteloperaties om een gemiste breuk opnieuw te zetten, het (onnodig) verwijderen van gezonde organen of het achterwege blijven van noodzakelijke behandelingen, blijvend krachtverlies van een lichaamsdeel of de noodzaak een lichaamsdeel te amputeren bij een gemiste bacteriële infectie.

Hiernaast is bij een grote groep van geïnterviewde patiënten sprake geweest van een (vermeende) operatiefout waardoor schade is ontstaan. Het gaat daarbij onder andere om snij- en hechtfouten of het gebruik van een ondeugdelijke prothese. Voorbeelden hiervan zijn terug te vinden in tabel 3.1. Verschillende gevolgen zoals het moeten ondergaan van meerdere operaties om een fout te herstellen, een verlengd verblijf in het ziekenhuis tot beschadigde zenuwen en zichtverlies kwamen aan bod.

Overige gevallen hadden betrekking op (vermeende) fouten bij niet-chirurgische ingrepen (bijvoorbeeld het verkeerd zetten van een breuk), bij het toedienen van medicatie of andere klinische activiteiten (bijvoorbeeld het voorkomen van een val uit bed).

Voorts zijn er meerdere patiënten geïnterviewd waarbij naar het oordeel van de geïnterviewde sprake is geweest van een complicatie en niet van enig foutief handelen van de arts.[188] Gevolgen die hierbij kwamen kijken waren onder andere een hernieuwd of verlengd verblijf in het ziekenhuis en herstelbehandelingen. Wederom zijn ter illustratie voorbeelden te vinden in tabel 4.

[188] Het kwam ook voor dat sprake was van een complicatie, maar dat de patiënt of zijn familie wel van oordeel was dat men was tekortgeschoten in de nazorg, bijvoorbeeld door niet op te merken dat een complicatie zich had voorgedaan).

Tabel 4: Voorbeelden van typen medische incidenten

Type incident	Voorbeeld 1	Voorbeeld 2
Verkeerde diagnose	Na een verwisseling van biopten om kanker vast te stellen wordt de onjuiste diagnose van kanker gesteld en een onnodige operatie uitgevoerd met ernstige blijvende lichamelijke gevolgen.	Pas na drie maanden en meerdere ziekenhuisbezoeken wordt de diagnose gesteld van beschadigde rugwervels. Hierop volgen meerdere operaties en blijvende lichamelijke gebreken.
Operatiefout	Een arts verricht een operatie buiten zijn vakgebied en beschadigt hierbij een belangrijke zenuw hetgeen verstrekkende gevolgen voor patiënt heeft die zijn werk niet meer kan uitoefenen.	Na het verkeerd terugplaatsen en aanhechten van de darmen ontstaat een zeer kritieke situatie waarbij een spoedoperatie nodig is. Dit heeft onder andere een verlengd verblijf in het ziekenhuis en een groot litteken tot gevolg.
Complicatie	Na correct uitgevoerde operatie waarbij de slokdarm wordt verwijderd en de maag aan de keel wordt vastgehecht (buismaag) laat een van de hechtsels los. Gevolg: verlengd genezingsproces en extra behandelingen	Na 'reguliere' verwisseling pacemaker treedt een bacteriële infectie op. Pacemaker moet als gevolg van deze infectie verwijderd worden en op termijn vervangen worden door een nieuw exemplaar.

In sommige gevallen kwam het voor dat er sprake was van een samenloop van meerdere, al dan niet samenhangende incidenten. Zo kwam het voor dat meerdere artsen een bepaalde diagnose gemist hadden, Ook kwam voor dat op basis van een verkeerde diagnose (naar later bleek) onnodig werd geopereerd en dat die operatie ook nog eens onzorgvuldig werd uitgevoerd. Sommige deelnemers hadden ook met meerdere losstaande incidenten te maken gekregen.

Uit de interviews blijkt tevens de variëteit in de wijze waarop medische incidenten aan het licht komen. Soms bestaat over aard en ernst van een incident bij arts en patiënt direct duidelijkheid, maar veelal komt dit pas na verloop van tijd (in een enkel geval zelfs pas na enkele jaren) aan het licht, bijvoorbeeld omdat vervolgonderzoek uitwijst dat in een eerdere fase een diagnose is gemist.

Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels): *Het was 30 juni gebeurd en 23 september kwamen ze er dus pas achter. Drie maanden.*

Ook komt het voor dat een vermeende fout min of meer toevallig aan het licht komt bij een latere medische behandeling of naar aanleiding van opmerkingen van de huisarts, fysiotherapeut of verplegend personeel.

Interview 15 (zenuwbeschadiging door operatiefout): *Dus ik ga naar de fysiotherapeut. Ik zeg, ik heb een probleem, ik krijg mijn arm niet meer omhoog. Dus hij is een beetje, ook een beetje dat gaan proberen te verhelpen, maar dat was het dus niet. Ze hadden hier die zenuw doorkliefd. Toen ben ik op zijn advies ook naar de chirurg teruggegaan.*

De plaats waar de fout aan het licht komt kan dan ook zeer wel een andere zijn dan waar het incident zich heeft voorgedaan.

3.3.2. De gevolgen van het incident voor de patiënt

Hierboven kwam reeds aan de orde wat zoal de lichamelijke gevolgen waren voor de geïnterviewden. Deze varieerden van het onnodig blijven doorlopen met klachten of een verlengd verblijf in het ziekenhuis tot het moeten ondergaan van hersteloperaties, blijvende fysieke beperkingen of het overlijden van de patiënt. De geïnterviewden werd ook gevraagd naar de geestelijke en financiële gevolgen van de medische incidenten. Het werd duidelijk dat de patiënten in veel gevallen emotionele en geestelijke gevolgen ondervinden van een medische incident en van de nasleep hiervan. De volgende psychische gevolgen werden onder andere benoemd: gespannenheid, stress, angstklachten, piekeren, slaapproblemen, relatieproblemen en depressies.

Interview 11 (gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk): *Ik ben ook geestelijk nog heel veel ermee bezig. Als ik 's nachts wakker lig dan, dan ben ik nog altijd bezig met alle gevolgen.*

Interview 7 (gemiste diagnose van diabetes mellitus type I): *je bent je werk kwijt, het maatschappelijk contact ben je kwijt, plus dat je dus medisch gezien, ik heb een medicatiekast nou, daar word je niet goed van.*

Interview 19 (door gemiste diagnose 2 jaar pijn en darmklachten gehad): *In zoverre dat ik dus twee jaar lang thuis heb gezeten, bijna zonder werk ben komen te zitten. Dat heeft een behoorlijke impact. [...]Het is heel erg zwaar*

> *geweest. Ik heb tijden gehad dat ik echt, dat ik het gewoon niet meer zag zitten.*

Hiernaast gaven veel patiënten aan financiële gevolgen te ondervinden naar aanleiding van een medisch incident. De volgende kostenposten werden onder andere benoemd door de patiënten: taxikosten, hulp in de huishouding, de aanschaf van een aangepaste auto (automaat) of fiets (elektrisch), aanpassingen in het huis (traplift), of inkomensverlies door het opzeggen of verliezen van een baan of het opdoeken van een eigen zaak.

> Interview 2 (operatiefout na fractuur van tibiaplateau): *Ja, ik werd in het begin met de rolstoel, werd ik gehaald en gebracht en eigenlijk tot een dag of 14 geleden ben ik of met een taxi heen en weer geweest naar mijn werk of met een auto met een automaat. Of ik werd gehaald door collega's. Dus dat heeft aardig wat geld en tijd gekost.*

> Interview 15 (zenuwbeschadiging door operatiefout): *Nou ja, ik heb in het begin natuurlijk wel heel veel moeite gehad om, we praten er nu zo licht over, maar ik was wel in een keer mijn hele nering kwijt. Mijn bedrijf wat ik dus opgezet had en mijn klanten en waar ik dus altijd mee bezig was. Dat was ik in een keer weg. Dus daar heb ik wat hartproblemen door gekregen, dus ik kreeg een onregelmatige hartslag en ik sliep niet meer 's nachts.*

> Interview 12 (gemiste diagnose van een heupfractuur): *ik heb een vrij groot erf met tuin, we zijn met name hier gaan wonen, omdat ik heel veel van dat buitenwerk hou. Tuinieren en noem maar op, maar ik heb dus een hovenier moeten inschakelen en schilderwerk doe ik ook normaal, dat is ook niet. Het brengt ook kosten mee.*

Het overgrote gedeelte van de geïnterviewde patiënten geeft aan dat hun vertrouwen in de in de zorgverlener of het betreffende ziekenhuis door het incident is geschaad en het moeilijk vindt om dit vertrouwen weer te hervinden. Patiënten geven aan door hun ervaring mondiger te zijn worden en voelen sterker dan voorheen een noodzakelijke eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor een goede medische behandeling.

> Interview 11 (gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk): *En dan denk ik, moet je onderhand zelf je foto vragen, mag ik even zelf mijn foto bekijken. Het vertrouwen is helemaal weg. Dat is helemaal weg, er is absoluut geen, ik heb een groot wantrouwen tegen de medische wereld.*

Er zijn echter ook patiënten zijn waarbij het vertrouwen geen deuk heeft opgelopen of waarbij wie het vertrouwen door de betrachte openheid van de arts is hersteld.

> Interview 3 (verkeerde diagnose door verwisselen biopten): *Nee, is niet geschaad, dat is hetzelfde gebleven. Ja. Waar ook, er worden altijd fouten gemaakt door mensen. Zelf maak je ook fouten, hè.*

3.3.3 Ondernomen stappen na een medisch incident

De deelnemers is gevraagd of en welke stappen zij naar aanleiding van het incident hebben ondernomen. Achttien respondenten dienden een klacht in bij de klachtenfunctionaris. De aanloop tot die klacht varieert. Soms is dit een reactie op een onbevredigende poging om met de arts over het incident te spreken, maar soms is dit ook simpelweg de eerste stap die de patiënt zet. Dit laatste doet zich met name voor indien de (vermeende) fout buiten het ziekenhuis (en na beëindiging van de behandelrelatie met de arts die de fout heeft gemaakt) aan het licht is gekomen. Overigens komt het voor dat de geïnterviewde ook in deze laatste situatie ervoor kiest om direct de arts aan te spreken.

Een aantal patiënten besluit om direct een formele klacht in te dienen bij de klachtencommissie. In aantal gevallen heeft de klachtenfunctionaris of secretaris naar aanleiding daarvan (telefonisch) contact met de patiënt. Soms leidt dat alsnog tot een informele afdoening van de klacht. Het komt ook voor dat de klachtenfunctionaris betrokken raakt doordat de arts hem/haar op de hoogte stelt van het incident of van het feit dat hij door de patiënt (al dan niet in de vorm van een klacht of claim) daarop is aangesproken.

Een enkele keer vertelden patiënten de stap van een (formele) klacht bij klachtenfunctionaris/klachtencommissie bewust overgeslagen te hebben omdat ze geen vertrouwen hadden in hun onafhankelijkheid.

Van de 45 geïnterviewde patiënten hebben 24 patiënten op enig moment juridisch advies ingewonnen bij hun rechtsbijstandsverzekeraar of bij een letselschadeadvocaat. Dit doet men soms direct, bijvoorbeeld als direct duidelijk is dat er substantiële schade wordt geleden, of als er geen behoefte bestaat om het gesprek met de arts of het ziekenhuis aan te gaan, of juist na ontevredenheid over de klachtafhandeling door het ziekenhuis. Zevenentwintig van de 45 geïnterviewden hebben het ziekenhuis aangesproken tot het vergoeden van schade.

Interview 1 (onbehandelde complicatie met verlamd lichaamsdeel tot gevolg): *En dan ja, het enige wat je kunt is of een klacht indienen bij het ziekenhuis, maar daar hadden we geen vertrouwen in. Toen hebben we met een advocaat contact opgenomen, die laat een medisch adviseur ernaar kijken en die komt tot de conclusie 100%, hier is iets fout gegaan.*

Interview 13 (vermeende operatiefout bij heupoperatie): *Dus toen hebben we de klachtencommissie aangeschreven, daar ben ik gehoord. Uiteindelijk kregen we dus bericht dat mijn klacht niet geaccepteerd was. Naar aanleiding daarvan heb ik dus die brief naar de Raad van Bestuur geschreven, waarin ik hen verantwoordelijk houd voor de kosten die ik moet maken, omdat ze daarvoor verzekerd zouden moeten zijn.*

Interview 15 (zenuwbeschadiging tijdens operatie): *Ik zeg, ik heb een bedrijf en dat is nu van de baan, ik kan mijn machine niet meer bedienen en de dingen er omheen niet. Dus ik was helemaal in één keer klaar. Dus ja, toen hebben wij een letselschadeadvocaat in de arm genomen. […] we hebben een aantal advocaten uitgenodigd. Ja, we zijn begin 2009 begonnen met het oriënteren wie we in de arm zouden kunnen nemen. Want je hebt geen idee waar je moet beginnen.*

Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was): *Maar ja, dan wil je er werk van gaan maken. Nou ja, nooit mee te maken gehad, natuurlijk. Dus hoe doe je dat? Je gaat op internet en mijn man keek in telefoonboeken, advocatenkantoren.*

Interview 32 (gemiste diagnose van ruptuur spieren waarna herstel-behandeling niet meer mogelijk waren): *[…] die huisarts die zegt pot-verdorie, wat is dit nu allemaal, heb je een verzekering. Ik zeg ja, ik heb een rechtsbijstand. Hij zegt, ga dat mooi aanvechten. Hij zegt, het is toch van de zotte, ik heb je daar drie keer heen gestuurd en gebeld en ze doen net of er niks aan de hand is.*

In een enkel geval wordt ook overgegaan tot het indienen van een klacht bij het tuchtcollege, IGZ of de Nationale ombudsman.

Er is ook een groep patiënten die geen enkele stap onderneemt. Gevraagd naar de motieven om geen stappen te ondernemen na een medisch incident blijkt uit de interviews dat patiënten hiervan afzien om de volgende uiteenlopende redenen: men heeft er geen behoefte aan (men is bijvoorbeeld tevreden met de reactie van de zorgverlener en neemt daar genoegen mee), men is bang dat het de relatie met de arts waar men nog onder behandeling is negatief zal beïnvloeden, maar

ook het gebrek aan vertrouwen in een goede afloop of het idee dat men dit toch nooit zal winnen speelt een rol. Het komt ook voor dat men hier geen energie voor heeft en het lichamelijke herstel belangrijker vindt. Daarnaast blijkt het dat men soms simpelweg niet weet welke stappen genomen kunnen worden en hoe dit aangepakt dient te worden.

Interview 6 (dwarslaesie door bloeding bij katheter in de rug): *En omdat zij toen ook erkenden dat ze fouten hebben gemaakt, hebben we gezegd nou ja, we hebben er vrede mee.*

Interview 8 (trommelvlies blijvend beschadigd naar aanleiding van complicatie bij oren uitspuiten): *Nee, want ik, daar had ik geen behoefte aan. Ik heb er wel mee gespeeld met die gedachte, maar ik weet ook hoe het werkt. Op het moment dat je namelijk naar die klachtencommissie gaat, dan wordt die klacht geregistreerd, die krijgt een MIP-melding of een VIM-melding en die melding die gaat naar de arts toe, dezelfde arts waar je dus nog steeds in behandeling bent. En ik wil niet zeggen dat zij dat doet, maar je loopt wel het risico dat ja, dat je misschien anders bejegend wordt of anders behandeld wordt. Dat risico wil ik helemaal niet nemen.*

Interview 10 (nalatigheid in zorg na 3 hersteloperaties van een heup-operatie): *Maar ik nee, ik krijg er op de eerste plek mijn vader niet mee terug. Ten tweede ga je een traject in waarvan je weet dat het einde niet en dat je toch altijd ongelijk krijgt. Dat is gewoon heel simpel, je krijgt altijd ongelijk, want ze houden de hand boven het hoofd.*

Interview 17 (gemiste diagnose van schildklierkanker): *Waarom je dan geen klacht indient is, je realiseert je dat als je een klacht indient wat daar allemaal achter volgt. Daar word je eigenlijk ook niet blij van.*

Interview 28 (patiënt heeft door operatiefout geen hartvlies meer): *Toen realiseerde ik me, ik denk nou ja, stel dat je daar 10 of 15 jaar mee bezig bent en je krijgt aan het eind dan toch nog te horen van mevrouw, u kunt het allemaal heel leuk vertellen en heel duidelijk, maar u hebt toch geen case. Nou ja, dan heb ik dus een probleem. Ik heb toen heel snel besloten, vergeet het maar, vergeet het maar. Maar die cardioloog die zei dus iedere keer, als je in Amerika woonde, zei hij, dan was je multimiljonair geweest.*

Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie): *Nee, en ik heb ook vrij snel besloten van nou oké, hij heeft toegegeven dat hij een fout heeft gemaakt, dus hij schiet er ook niet zoveel mee op om nog een keer een extra sanctie van het ziekenhuis te krijgen.*

3.3.4 Opvang en bejegening door het ziekenhuis

Een volgend belangrijk thema dat met de patiënten werd besproken, zijn de kenmerken en de inhoud van gesprekken met mensen van het ziekenhuis (de arts, andere zorgverleners, klachtenfunctionarissen of klachtenbemiddelaars). De interviews maken duidelijk dat er een zeer grote verscheidenheid is in de manier waarop patiënten door artsen, zorgverleners of klachtenfunctionarissen worden opgevangen en bejegend.

Een positief voorbeeld is een arts die op verzoek van de ouders een brief schrijft aan hun zoontje om (in kindertaal) uit te leggen wat er aan de hand is. Een ander voorbeeld is dat - naast de aangeboden excuses van de arts - de klachtenfunctionaris na een aantal dagen aan het bed van de patiënt staat om informatie te geven over de te nemen stappen. Hiertegenover staan andere, minder positieve voorbeelden: een arts die na de operatie aan het bed van de patiënt vertelt dat er iets fout is gegaan en dit een paar weken later in een gesprek tussen arts en patiënt ontkent. Ook kwam het voor dat een patiënt achteraf een rekening kreeg voor een 'ophelderingsgesprek' of dat de arts de patiënt belde om te vragen of deze geen klacht wilde indienen want dat was slecht voor zijn reputatie. Daarnaast zijn er voorbeelden te noemen van artsen die na bemiddeling door de klachtenfunctionaris het gesprek met de patiënt niet willen aangaan of gesprekken die moeizaam verlopen ondanks de bemiddeling van de klachtenfunctionaris.

In een aantal gevallen werd door de behandelend arts of een ander persoon (bijvoorbeeld een andere arts) eigener beweging openheid betracht over het incident. Het kwam voor dat de arts direct na de ingreep aan het bed van de patiënt stond om tekst en uitleg te geven en excuses te maken of dat de patiënt op een reguliere controle-afspraak door de arts werd ingelicht.

In veel gevallen komt de communicatie tussen arts en patiënt pas op gang nadat de patiënt contact heeft gezocht met de klachtenfunctionaris. Deze stap kan zijn ingegeven door het feit dat de patiënt ontevreden is over het contact met de betreffende arts, maar bijvoorbeeld ook omdat de behandelrelatie met die arts inmiddels is beëindigd (denk aan het geval waarbij de (vermeende) fout pas bij

een vervolgbehandeling bij een andere arts aan het licht is gekomen). In een deel van de gevallen komt er via deze weg alsnog (of opnieuw) een gesprek op gang tussen patiënt en arts.

Er is ook een groep van gevallen waar er naar aanleiding van het incident in het geheel geen communicatie tussen patiënt en arts of zorginstelling heeft plaatsgevonden omdat noch de patiënt noch de arts of zorginstelling daartoe enig initiatief heeft genomen. In alle gevallen ging het om een (vermeende) fout (meestal en gemiste of verkeerde diagnose) die – hoewel er bij de patiënt soms al wel een vermoeden bestond – pas aan het licht kwam nadat de behandelrelatie met de betreffende arts was beëindigd. Opvallend vaak heeft de patiënt van meet af aan een vermoeden gehad waar het probleem zat maar is daarin niet serieus genomen. In al deze gevallen heeft de patiënt het ziekenhuis wel aansprakelijk gesteld. Soms heeft de klachtenfunctionaris naar aanleiding van deze aansprakelijkheidsstelling het aanbod gedaan een gesprek met de betreffende arts te arrangeren, maar daaraan bestond aan de zijde van de patiënt geen behoefte.

3.3.5 Waardering van de communicatie met arts en ziekenhuis

De deelnemers is ook gevraagd hoe zij de communicatie met de zorgverlener of andere personen van het ziekenhuis hebben ervaren. Er werd gevraagd of er naar hun gevoel voldoende naar hen was geluisterd, of er correct met hen was omgegaan en of zij voldoende uitleg hebben gekregen over het incident, de oorzaak en de mogelijke gevolgen.

Het beeld dat uit de interviews oprijst is zeer wisselend. Sommige deelnemers zijn zonder meer positief.

> Interview 5 (gemiste diagnose gecompliceerde breuk in arm, meerdere hersteloperaties nodig): *Dat is ook allemaal heel goed gegaan, hoor. Dat is allemaal keurig door die betreffende arts en ook door die klachten-behandeling is het echt helemaal perfect gegaan, daar zijn we heel tevreden over.*

Opvallend is dat wanneer het initiatief voor een gesprek vanuit de arts of de klachtenfunctionaris zelf kwam dit positieve reacties opleverde. Dit geldt ook wanneer de klachtenfunctionaris al op de hoogte was van de zaak. Ook het open en eerlijk bespreken van het incident komt naar voren als positief punt.

Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie): *Ja, ik weet nog goed toen ik bijkwam, dat ze zeiden ja, er is gewoon echt een fout gemaakt, dit had niet gehoeven. Dus ja, dan baal je wel ontzettend. [...] De volgende dag of twee dagen later, stond er gelijk iemand van de klachtenprocedure aan mijn bed, met uitleg en dat soort dingen. Dus daar heb ik ook een gesprek mee gehad. [...]Ik lag nog in het ziekenhuis, dus ik ben met bed en al naar zijn kantoor gereden en dat was wel. Ja, [arts] heeft gewoon uitgelegd wat er in die operatie is gebeurd en dat soort dingen. Ook dat hij volledig wilde meewerken aan een schadevergoeding en dat soort dingen, dus dat vond ik wel heel fijn.*

Interview 15 (zenuwbeschadiging tijdens operatie): *[andere arts*] *heeft hem een reprimande gegeven, denk ik, want de volgende dag, dat was zaterdagmorgen, toen belde die chirurg mij op en hij had de hele nacht er niet van geslapen en wilde zijn excuus even aanbieden. Nou, dat is altijd goed natuurlijk. Een mens heeft een fout gemaakt, klaar.*

Een open en eerlijke houding, serieus genomen worden, meelevendheid en proactiviteit zijn belangrijke steekwoorden.

Interview 16 (operatiefout aan hart): *Ja, menselijk. Zij toonde ook emotie. Zo van nou, je kon echt zien aan haar dat ze het echt heel erg vervelend vond. Bij mij werkt dat dan wel.*

Interview 19 (door gemiste diagnose 2 jaar pijn en darmklachten gehad): *Ja, maar het meest prettige vond ik, dat ze eerlijk waren om daar gewoon zelf mee te komen en niet te wachten.*

Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie): *Ik vond het inderdaad wel fijn dat er iemand van de klachtenprocedure zo snel bij mijn bed stond.*

Een groot aantal deelnemers is echter van mening dat de opvang na het incident op dit terrein tekortschoot. Vaak is het contact met de zorgverlener niet erg bevredigend. Veel deelnemers vinden dat onvoldoende openheid wordt betracht, dat er onvoldoende is geluisterd, dat er onvoldoende wordt uitgelegd hoe een en ander heeft kunnen gebeuren, dat onvoldoende wordt toegegeven dat er iets is fout gegaan en dat er onvoldoende naar een oplossing wordt gezocht.

Men begrijpt dat er fouten gemaakt kunnen worden, maar dat de arts daar vervolgens niet eerlijk en open is kan men niet accepteren.

Interview 25 (tijdens het verwijderen van een orgaan is de alvleesklier geraakt waarbij schadelijke sappen in buikwand terecht zijn gekomen): *En dan denk ik bij mijn eigen, wees daar dan eens gewoon eerlijk in. Het is toch geschied, ik bedoel, daar kunnen we niks meer aan herstellen. Maar voor je eigen gemoedsrust, je eigen gevoel, de frustratie die je op hebt gelopen. Neem het dan weg. En dat is niet zo dat we daar geld voor moeten hebben of dat we daar nou, maar gewoon de eerlijkheid van zo'n arts. En daar gaat het ons eigenlijk om.*

Interview 15 (zenuwbeschadiging tijdens operatie): *Dat heb ik al goed ervaren, ja. Op dat moment helpt zoiets wel om het te verwerken, zal ik maar zeggen. Want ja, het was wel gebeurd, dus je kunt het niet meer terug-draaien, maar dat die man dus op die manier reageert, dat deed me wel goed. Ook wel voor de erkenning die hij daarin mij gaf, dat hij dat gewoon fout had gedaan. Dat had niet gemoeten. Dan krijg je ook een beetje hoop voor de toekomst, dat je zegt van, we kunnen nu doorgaan met procederen voor de toekomst.*

Interview 31 (operatiefout tijdens heupoperatie): *En ieder mens kan fouten maken, hè. Maar dan moeten ze het ook bekennen. En erover praten. En dat heeft hij niet gedaan.*

Opvallend in dit verband was dat een substantiële groep deelnemers rapporteerden dat de houding van de arts en/of het ziekenhuis wijzigde als duidelijk werd dat er mogelijk een claim zou volgen (of juist duidelijk werd dat een claim achterwege zou blijven).

Interview 4 (operatiefout aan oog met blindheid als gevolg): *ik was enorm in mijn sas toen die dokter zei van, nou ja, daar hebben wij dus een fout gemaakt. Ja, toen ze zeiden van, ik weet van niets, toen knapte er bij mij iets en toen heb ik anderhalf jaar echt als een wilde gelopen en mijn gezin uitgescholden en dag en nacht [...] toen ik later kwam praten en toen ik er een letselschadeadvocaat op af stuurde, kon hij zich die uitspraken niet meer herinneren. Dat stond ook niet in het dossier. Dan is het afgelopen. Toen heb ik echt een flinke klap gekregen, psychisch en verder geld dat interesseert me niet, tenminste.*

Interview 6 (dwarslaesie door bloeding bij katheter in de rug): *Ja, toen gaven ze alles ruiterlijk toe. Ze zaten een beetje te polsen van, wat willen jullie nu. Precies. Eerst had je het gevoel dat ze een beetje benauwd voor ons waren. Dat waren ze ook. Later werd het wat ontspannener. [...] Ik denk dat*

ze allang blij waren dat wij zeiden van, we gaan hier niet verder mee. Toen we dat eigenlijk gezegd hadden, werden ze ook veel opener op dat moment.

Interview 9 (verkeerde diagnose met als gevolg verwijdering van gezond orgaan): *Dus toen stond ik daar beneden. Toen zei ik, ik zeg, we hebben toch net een gesprek gehad van een uur en daar is dat en dat in gezegd? Toen zegt ze, nee hoor, dat is helemaal niet waar. Ik dacht dat ik gek werd. Ik denk, dit is, maar achteraf begreep ik wel dat ze dat van de verzekering moet zeggen. Nu loopt het dus nog.*

Interview 11(gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk): *Nou, toen hadden we afgesproken dat zij 10 augustus zou ze mij bellen. Niets. Belde niet. Dus toen heb ik de weer daarna heb ik haar gebeld en ja, ja, druk, druk, druk, hè. Ik zeg, en dat verslag wat u zou maken? Ja, dat had ze nog niet gemaakt, maar dat kwam half september. Toen zei ik nou, dat denk ik niet, 1 september wil ik dat in de bus hebben. Want ik had inmiddels een advocaat ingeschakeld, want je komt als patiënt niet verder. Ze doen net of je een beetje onnozel bent. Nou, dat verslag heb ik gekregen, daar was ik het uiteraard niet mee eens, want daar stond niet in wat hij tot twee keer toegegeven had, dat er een andere foto had moeten gemaakt worden. Dus dat vond ik dan heel belangrijk, dus dat heb ik weer naar haar gemaild. Daarop heeft ze wel weer teruggebeld.*

Deelnemers klaagden ook over het feit dat er onvoldoende naar ze geluisterd werd en/of dat ze niet serieus genomen werden.

Interview 10 (nalatigheid in zorg na 3 hersteloperaties van een heup-operatie): *Wat ik wel merk is, kijk ik loop zelf ook vaak in het ziekenhuis, is dat je heel mondig moet zijn. En als je niet mondig bent, sta je zo weer buiten. Als je zelf niet kan aangeven wat er aan de hand is en wat je wilt, dan moet je soms ook nog je poot stijf houden ja, ik wil het toch. […] Dus dat is gewoon een kwestie van desinteresse. Voor mij was het gewoon desinteresse, gewoon niet luisteren naar wat er gebeurd is, niet luisteren dat we al een heel traject waren gegaan.*

Interview 16 (operatiefout aan hart): *Maar ik werd eigenlijk steeds zo bekeken als één grote aansteller. Van joh, wat doe je hier, je houdt een bed bezet. Ik denk ja, doe even normaal, door jullie lig ik hier.*

Interview 19 (door gemiste diagnose 2 jaar pijn en darmklachten gehad): *Terwijl, want ik heb zelf van het begin af aan aangegeven van, ik denk dat*

> *het probleem daar zit. Daar zat het achteraf ook. Dus ik heb zoiets van, ze luisteren niet naar de mensen.*

Ook klaagden ze over de wijze van bejegening waarbij veelal het woord ‘arrogant’ in de mond werd genomen.

> Interview 11 (gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk): *Nee, het was heel irritant. Mijn dochter, het is goed dat het geen filmopname is, maar wij kwamen allebei uit dat kamertje. Ik zat in de rolstoel en ik draai me zo naar mijn dochter om en wij deden allebei zo. Zo van bleh. Wat een arrogantie, wat een rotgesprek.*

> Interview 26 (tijdens operatie aan de baarmoeder is arts door de baarmoederwand en endeldarm geschoten): ‘*Ik ben god, ik doe niets verkeerd’. Ja. Dat klopt gewoon niet.*

> Interview 13 (vermeende operatiefout bij heupoperatie): *Ja, ik vind dus die communicatie, ik had toch minstens op die tweede brief een bevestiging moeten hebben en even uitleggen waarom ik op de eerste brief nog niets gehoord heb. Dat is ook weer zoiets, ze nemen niet de moeite om daarop te reageren. Dat is dan zo’n groot machtig ziekenhuis. Je bent, je kunt daar gewoon niet tegenop en dat laten ze je zo voelen en dat vind ik heel erg slecht.*

Ook misten sommige deelnemers dat er een meer tastbaar gebaar werd gemaakt, bijvoorbeeld in de vorm van een bos bloemen.

> Interview 40 (onnodige operatie waarbij een verkeerde volgorde bij anesthesie medicatie is toegepast) : *Als je het zo bekijkt vanuit hun kant, hebben ze al heel veel gedaan. Alleen het is niet wat ik als patiënt verwacht. Als ze misschien alleen maar binnen waren gekomen met een bos bloemen en gezegd hadden goh mevrouw, wat vreselijk, het spijt ons verschrikkelijk, kijk eens, alstublieft en ze hadden geen gesprek gevoerd van een half uur, dan was ik misschien wel meer tevreden geweest. Dat is natuurlijk ook van, maar iedereen zit ook anders in elkaar. Je kunt natuurlijk ook niet aanvoelen wat een patiënt verwacht. Ik heb toen wel die twee dagen naar de deur, bij wijze van spreken, liggen kijken van, wanneer komen die bloemen.*

> Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was): *Ik bedoel, er is ook geen een die zeggen, redden jullie het of kan ik een keer 100 euro geven of dit of dat? Er is er geen eentje die vraagt*

van, kunnen jullie het rondbreien? We redden onze kont, maar we hebben het niet breed.

3.3.6. Ongelijkwaardige relatie arts - patiënt

De deelnemers is ook gevraagd of ze in de gesprekken met de arts in de nasleep van een medisch incident de achterstand in medische kennis en het feit dat de arts minder emotioneel wordt getroffen door het incident als hinderlijk hebben ervaren. De antwoorden op die vraag liepen uiteen. Een deel had dit niet als hinderlijk ervaren, anderen wel. Sommige deelnemers probeerden deze achterstand zoveel mogelijk op te heffen door actief op internet naar informatie te zoeken.

> Interview 4 (operatiefout aan oog met blindheid als gevolg): *Ja, nou ja, je zit daar als slachtoffer en zij zijn de geleerden. Ik kan slecht zeggen van, je had dat zo en zo moeten doen. Zij hebben zes jaar gestudeerd, vier jaar specialisatie en dan ja, ik voel me toch besodemieterd, maar ja goed, ik kan het niet bewijzen.*

> Interview 8 (trommelvlies blijvend beschadigd naar aanleiding van complicatie bij oren uitspuiten): *Ja, het is wel een achterstand, want ik wist niet eens dat dat kon. Ik wist niet eens van het bestaan, dat je dat operatief kunt opereren. Dus die achterstand heb ik dan sowieso, maar ik denk verder eigenlijk 90% van de bevolking zal dat hebben die achterstand. Dus dat is één, maar toen ze mij dat uitlegde en nou ja, goed, had ze nooit mogen doen, hè. En ja, kijk, ja toen ik hoorde dat dat kon, wat ik niet wist, toen ben ik even gaan googlen en dan zeg je kijk, en er staan op YouTube misschien wel 100 filmpjes van die operatie. Dus dan ga je zo'n filmpje bekijken en als je twee filmpjes gezien hebt, dan heb je het eigenlijk wel gezien. Dus dan zie je gelijk hoe de operatie in zijn gang gaat. Ja, dan heb je in ieder geval qua kennis, heb je dus denk ik geen achterstand meer.*

> Interview 28 (patiënt heeft door operatiefout geen hartvlies meer): *Nee, en ik vind dat eigenlijk, dat mijn inzicht of mijn mening en inzicht eigenlijk niet veranderd is. Ik vind dat nu tegenwoordig mensen, patiënten veel te veel willen weten, internet. En dat soort dingen zijn dan ook heel verleidelijk. Tot op de dag van vandaag kijk ik nauwelijks naar iets, ook niet op internet. Ik hoop dat ik het ook volhoud, het is natuurlijk wel verleidelijk. Maar ik vind namelijk als je dus echt je teveel gaat begeven als leek ook als patiënt en geïnteresseerde in een beschrijving van een ziekte en de verschijnselen en de*

gevolgen, noem maar op. Dat je altijd, ik ben tenminste zo, als ik drie antwoorden krijg, dan heb ik tegelijkertijd tien vragen weer. Dus ik ben gewoon geen arts, dus ik wil het ook niet zijn, dan moet ik het gaan studeren.

3.3.7 Centraal aanspreekpunt

Ook werd de deelnemers gevraagd of ze een centraal aanspreekpunt binnen de instelling hadden gehad. Dat was veelal niet het geval. Sommige deelnemers gaven een aan een dergelijk aanspreekpunt gemist te hebben.

Interview 28 (patiënt heeft door operatiefout geen hartvlies meer): *Als er iemand naast me had gezeten en gezegd, zoals nu dan kennelijk er een aanspreekpunt is, die zegt, dat gaan wij voor je doen. Nou, dat zou natuurlijk fantastisch geweest zijn.*

3.3.8. Oordeel over de betrokkenheid van de klachtenfunctionaris en de klachtencommissie

Tweeëntwintig van de 45 patiënten hebben naar aanleiding van het incident op enig moment contact gehad met een klachtenfunctionaris.[189] Uit de interviews blijken de verschillende wijzen waarop de klachtenfunctionaris betrokken kan raken. In het grootste deel van de gevallen was dit naar aanleiding van een klacht van een patiënt. Maar het kwam ook voor dat de arts de klachtenfunctionaris benaderde (al dan niet naar aanleiding van het direct aan de arts gerichte klacht of claim) of dat de arts de patiënt op deze mogelijkheid wees. Een respondent meldde dat de klachtenfunctionaris naar aanleiding van een interne incidentmelding contact opnam met de patiënt.
De meeste van de deelnemers waren in z'n algemeenheid (zeer) tevreden over het optreden van de klachtenfunctionaris. Wel kan daarbij worden opgemerkt dat er een verschil aan te wijzen was tussen de via de klachtenfunctionarissen geworven patiënten en de overige patiënten. Het optreden van de klachtenfunctionaris bestond onder andere uit het bieden van een luisterend oor, het verschaffen van informatie over (claim)procedures, het arrangeren van een gesprek met de betreffende arts(en), het aanwezig zijn bij dit gesprek en zorgen voor de verslaglegging. De klachtenfunctionaris functioneerde in de ogen van deze deelnemers als iemand die voor hen op kwam, iemand die onpartijdig

189 Deze functionaris heeft ook wel eens een andere naam zoals patiëntenvertrouwenspersoon.

advies gaf, een neutrale toehoorder/getuige, een gespreksleider/mediator en/of als een permanent aanspreekpunt.

> Interview 5 (gemiste diagnose gecompliceerde breuk in arm, meerdere hersteloperaties nodig): *ik vond ten eerste heel fijn toen ze belde dat de menselijke kant van het verhaal aan de orde kwam. Van het begin af aan is dat gewoon ook heel goed en heel duidelijk geweest. Ook heel open naar elkaar kunnen zijn van nou ja, net zoals ik bij jou een beetje kort mijn verhaal heb gedaan, heb ik ook elke keer het verhaal gedaan. Elke keer als er iets was, dan stuurden we even een mailtje van goh, er zit een verandering in of er is nog niks bekend. We hebben gewoon heel veel mailcontact gehad. Goed, het was wel fijn dat er gewoon iemand aan de zijlijn even stond. [.....] maar dan kan een onafhankelijk persoon, dat je daar je verhaal aan kwijt kunt en dat die openstaat voor je verhaal en dat die duidelijk het proces kan vertellen. Nou, dat is gewoon heel waardevol.*

> Interview 9 (verkeerde diagnose met als gevolg verwijdering van gezond orgaan): *Heel prettig, dat is ook een hele, dat is [klachtenfunctionaris], die is echt geboren voor dit werk.*

> Interview 12 (gemiste diagnose van een heupfractuur): *Ik denk wel dat zij redelijk objectief aanwezig was. Ja. Niet dat ze duidelijk partij koos, maar laat ik het zo zeggen, wel hielp om de punten naar voren te brengen die aan de orde moesten komen.*

> Interview 30 (verkeerd materiaal gebruik bij heupoperatie): *Ze kwam eigenlijk heel positief over, iemand die achter de klanten staan, laat ik het zo zeggen.*

> Interview 34 (Ulnaris verkorting na gemiste diagnose): *Nou, ik vond dat zij wel op mijn hand was. In die zin, dat zij naar me luisterde.*

> Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie): *Ik had voor dat gesprek met de chirurg, had ik al een gesprek gehad met de klachtenfunctionaris. Die heeft er toen wel heel objectief naar gekeken en me er ook op gewezen dat het schadebedrag echt wel ver boven de € 5.000,- zou liggen. Dus op zijn aanraden heb ik ook een beetje afgezien van een afhandeling met het ziekenhuis zelf.*

Sommige deelnemers waren echter niet tevreden. Overheersend werd daarbij aangegeven dat de klachtenfunctionaris als niet onafhankelijk of zelfs partijdig werd ervaren.

> Interview 11(gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk): *Nou ja, dan ben ik zo wantrouwend, dan denk ik, voor wie ben jij nou eigenlijk? Zij zit met twee petten daar op, dat kan niet.*

> Interview 26 (tijdens operatie aan de baarmoeder is arts door de baarmoederwand en endeldarm geschoten): *Ja, toen was ik daar klaar mee. Toen dacht ik van, voor wie zit jij hier? Voor de patiënt of zit jij hier voor [ziekenhuis]?*

Sommige deelnemers hebben een klacht ingediend die uiteindelijk is behandeld door de klachtencommissie. Sommige deelnemers hadden uitgesproken goede ervaringen met de klachtbehandeling door de klachtencommissie.

> Interview 23 (geopereerd aan heupdysplasie, achteraf bleek dat patiënt dit niet had): *En ik heb eigenlijk op alle drie de punten gelijk gekregen. En het mooie was dat de klachtencommissie heeft mij zeer goed en respectvol behandeld. Ik kreeg steeds, als ik een brief had gestuurd, antwoord. Ze hebben dus zelf een onafhankelijke orthopeed ingehuurd om deze hele situatie, die heeft zo'n dik rapport geschreven, om de hele operatie te evalueren. Die komt dus tot de conclusie dat het helemaal niks was, wat er gebeurd was. Dus eigenlijk had ik het rapport voor de advocaat al helemaal klaar.*

Het kwam ook voor dat men de klachtencommissie niet heeft benaderd wegens het missen van vertrouwen in de procedure. In een paar gevallen werd een klacht bij de klachtencommissie niet in behandeling genomen omdat er al een claim bij de verzekeraar was ingediend.

> Interview 36 (gemiste diagnose breuk, 2 hersteloperaties): *Daar heb ik uiteindelijk wel een reactie op gehad, maar bij de klachtencommissie hebben ze daar toen ook gezegd van, aangezien er ook nu een zaak is ingediend, wordt het helemaal via die zaak ook afgehandeld en het ligt niet meer bij de klachtencommissie. Wat ik overigens opvallend vind, want de klacht zelf had eigenlijk zo goed als geen betrekking op de medische misser.*

3.3.9 Objectieve buitenstaander

De deelnemers werd ook gevraagd of ze op enig moment behoefte hebben gevoeld aan een objectieve buitenstaander. Een groot aantal van hen gaf aan dat prettig te hebben gevonden/te vinden. Een enkeling gaf aan dat de klachtenfunctionaris in deze behoefte voorzag.

> Interview 5 (gemiste diagnose gecompliceerde breuk in arm, meerdere hersteloperaties nodig): *In feite vond ik die klachtenbemiddelaar van [plaats], die heeft zich gewoon super goed objectief opgesteld dus en daardoor hebben we niet de behoefte gehad aan nog een andere persoon daarbij.*

De behoefte aan een objectieve derde kan ook bestaan in de wens tot het verkrijgen van een second opinion. Het ligt dan wel voor de hand dat die second opinion wordt verzorgd door een arts die niet aan de zorginstelling verbonden is:

> Interview 41 (verkeerd materiaal gebruik bij heupoperatie): *Toen zei ze van oh, maar daar kunnen wij u wel bij helpen, dat kan hier wel in het ziekenhuis. Ik zei ja sorry, maar dat ga ik niet doen. Ik zeg, je laat de slager ook zijn eigen vlees niet keuren.*

3.3.10 Voorgestelde verbeterpunten ten aanzien van opvang en bejegening door het ziekenhuis

Uit de interviews valt ook een aantal verbeterpunten te destilleren. In algemene zin gaat het er daarbij om dat meer tegemoet wordt gekomen aan de uit de interviews blijkende behoeften van patiënten. Het gaat daarbij om het betrachten van openheid in een proces waarin de patiënt zich serieus genomen voelt en waarin medeleven wordt getoond, waarbij fouten worden toegegeven en zo nodig excuses worden gemaakt en waarbij wordt getracht de gevolgen voor de patiënt zoveel als mogelijk ongedaan te maken.

> Interview 31 (operatiefout tijdens heupoperatie): *een excuus weegt heel veel zwaarder dan de centen die ze gegeven hebben. Een excuses. Dat je zegt van nou, mevrouw, ik heb u heel wat aangedaan, want ik heb veel fouten gemaakt. Want het zijn veel fouten.*

> Interview 33 (complicatie na heupoperatie met zenuwbeschadiging tot

gevolg): *Wat ik zou willen en dan haal je misschien weer een heleboel overhoop, maar eens gezamenlijk een bijeenkomst en daarover te kunnen praten.*

Interview 36 (gemiste diagnose breuk, 2 hersteloperaties): *Ja. Dat vond ik inderdaad wel een gemiste kans, want ze hebben nu wel de aansprakelijkheid erkend, maar ik had wel iets van nou ja goed, dat is één. Maar dat krijg je dan via de verzekeraar van het ziekenhuis komt dat dan weer via mijn rechtsbijstandsverzekering bij mij. Dan denk ik van ja, daar kun je toch ook meer mee doen.*

Interview 37 (gemiste diagnose en experimentele herstelbehandeling met ongewenst resultaat): *Ja, en gewoon kijken van jongens, hoe kunnen we dit samen oplossen. Als zij het niet op kunnen lossen, wie kan het dan wel oplossen?*

Sommige deelnemers doen echter meer praktische suggesties tot verbetering. Zo benadrukken sommige deelnemers de noodzaak van een voortdurend karakter van een adequate opvang van patiënten. Meerdere deelnemers geven aan dat kort na het incident emotioneel nog niet klaar te zijn voor andere zaken dan het omgaan met en verwerken van de directe gevolgen van het incident. Dit geldt in het bijzonder voor het eventueel nemen van stappen zoals het indienen van een klacht of claim. Ook kwam het voor dat mensen in eerste instantie tevreden waren over de wijze waarop de arts en het ziekenhuis op het incident hadden gereageerd (in termen van openheid, geven van inlichtingen, etc.), maar naar verloop van tijd bijvoorbeeld de behoefte voelden opkomen aan een (nader) gesprek met de arts, aan psycho-sociale opvang of aan het ondernemen van bepaalde stappen zoals het indienen van een claim.

Interview 5 (gemiste diagnose gecompliceerde breuk in arm, meerdere hersteloperaties nodig): *Ja, want dat is heel vlug geweest dat ze, hè, nog aanbood om met de behandelende artsen die hij toen had te spreken, maar dat hebben we toen afgewezen omdat de emoties toen nog veel te hoog waren.*

Interview 16 (operatiefout aan hart): *Ja, misschien is één gesprek niet genoeg. Dat je dan toch even, zeker als het redelijk qua tijd er dicht bovenop zit, dan zit je er ook nog middenin.*

Interview 40 (onnodige operatie waarbij door een fout van de anesthesist de patiënt dacht te stikken): *Misschien is het gewoon goed om het de tijd te*

geven, dat je pas na zes weken erop terugkomt met iemand die dus de klacht of de fout. Maar dan moet je ook niet wachten op de patiënt. Dan moet je dus zeggen, jongens er is een fout gemaakt, we hebben een tussenpersoon, we melden de fout en de tussenpersoon gaat in gesprek na één, twee, drie, vier maanden met diegene van, wilt u hier iets mee. Kunnen wij hier iets mee? […] Doe dat desnoods een jaar lang. Elke drie maanden, hoe is het nu met u? Hebt u er nog last van? Of stuur een briefje, maar laat even weten van, want bij mij kwam het pas na een jaar dat ik er iets mee wilde. Ik heb het een jaar lang de tijd gegeven om er overheen te komen, om er geen last van te hebben. Dan merk je dat een jaar, dan heb je toch zo'n soort verjaardag van het gebeuren en als het dan niet meer opspeelt, dan kun je ook zeggen nou joh, het is een jaar geleden, het is klaar. Dan kun je misschien iets afsluiten. Maar daar tussendoor denk ik dat zo'n functionaris heel goed kan aanvoelen bij een gedupeerde, wat is er nodig, hoe speelt het nog. Schakel een psycholoog in met iemand. Geef ze een gesprek met.

Een aantal deelnemers zochten mogelijkheden tot verbetering in de opleiding van artsen.

> Interview 4 (operatiefout aan oog met blindheid als gevolg): *Ja, want mijn huisarts die praktiseert nog maar twee dagen in zijn praktijk en hij zit ook één of twee dagen in het [ziekenhuis] en daar leidt hij artsen op. […]Hij zegt, jij bent een typisch voorbeeld, [naam patiënt], zegt hij, wat ik altijd gebruik.*

> Interview 25 (tijdens het verwijderen van een orgaan is de alvleesklier geraakt waarbij schadelijke sappen in buikwand terecht zijn gekomen): *Maar zou het ook een stukje naar de artsenopleiding zijn? Dat ze die communicatie niet meekrijgen?*

Een deelnemer pleitte voor een proactieve opstelling van de klachtenfunctionaris en een betere verslaglegging van gesprekken.

> Interview 44 (onbehandeld laten van een blaasbloeding): *Die folders liggen gewoon overal ook in het ziekenhuis en de verpleegkundige attendeert je er ook gewoon standaard van nou goh, ik heb het idee dat er iets niet goed is gegaan, bij voorbaat al. Als je dat dan ook koppelt aan de meldingen die ziekenhuizen zelf doen als er iets niet goed gaat, dan kan je dat stukje ook gelijk ondervangen […] Nou, wat mij ook verbaasd heeft is dat, als we het hebben over verslaglegging, dat bij belangrijke overleggen dat kijk, in het normale bedrijfsleven of waar dan ook, van belangrijke vergaderingen*

worden altijd notulen gemaakt, behalve in het ziekenhuis met belangrijke gesprekken met patiënten. Onbegrijpelijk.

Anderen pleitten voor een vast aanspreekpunt ter ondersteuning van de patiënt.

> Interview 10 (nalatigheid in zorg na 3 hersteloperaties van een heup-operatie): *Nou, weet je wat, dat zou gewoon goed zijn dat als op een gegeven moment dat je zo'n conflict hebt, dat er ergens staat van, dat er iemand is waar je dan naartoe kan gaan in het ziekenhuis. Gewoon dat er, heeft u problemen met weet ik veel, dan kunt u een spreekuur van zo en zo laat naar die en die persoon gaan.*

> Interview 18 (operatiefout bij buikoperatie waardoor een spoedoperatie en een verlengd verblijf nodig was): *Op dat moment ben je zelf zo lamgeslagen, dat je daar zelf niet dan de boel op stelten gaat zetten en gaat zeggen van, nu wil ik iemand spreken, nu wil ik hulp. Ja, dat is gewoon op dat moment moet dat gewoon klaarstaan, denk ik, voor je. Dan moet je daar zelf niet om hoeven vragen.*

> Interview 25 (tijdens het verwijderen van een orgaan is de alvleesklier geraakt waarbij schadelijke sappen in buikwand terecht zijn gekomen): *Ja, maar nogmaals, ik vind ook dat de mogelijkheid van zulk soort mensen breder zouden moeten worden. Dat het niet meer vragenderwijs en richting de arts, joh, heb jij eventueel zin om, nee. Klaar. Hier is een patiënt en we gaan vanuit de patiënt uit, die heeft een vraag en die moet gewoon beantwoord worden. Of dat je dat nou leuk vindt of niet, dus kom zitten, we gaan een afspraak maken. Ik blijf erbij zitten en ik doe dan dus dienst als eventjes leider van discussie in vragen en antwoordenspelletje. Maar dat we met zijn drieën aan het einde van dat gesprek vast kunnen stellen, bent u tevreden over dit gesprek? Heeft u antwoorden gekregen op uw vragen die in uw hoofd leven? Of vul het voor de rest maar in. En dan had je dat daar ter plekke af kunnen sluiten. Of dat moet je toch gewoon af kunnen sluiten? Zoals het nu gaat vind ik het ja, het is geven op vrijblijvende aard. Chirurg, arts, verpleegster, heb je daar zin in? Nee, nou, dan gebeurt er dus gewoonweg niets. Maar dat kan niet.*

> Interview 28 (patiënt heeft door operatiefout geen hartvlies meer): *Hiernaast is een mevrouw/mijnheer die begeleidt het proces, dat is je vaste aanspreekpunt. Gewoon een aanspreekpunt, iedere patiënt moet gewoon zo'n persoon hebben. Ik denk dat dat heel fijn is.*

Interview 44 (onbehandeld laten van een blaasbloeding): *Maar als je het puur hebt over het begeleiden van mensen die dan met een onbedoelde schade geconfronteerd zijn, ik zou het zelf heel prettig hebben gevonden als er een soort instantie geweest zou zijn, een soort organisatie waar je dat meldt en waar je contact mee kan opnemen, waar je zegt van goh, wat ga ik doen? Als ik wat moet doen, wil je met me meekijken? Iemand die daar objectief tegenaan kijkt. Iemand dus ook van buiten het ziekenhuis.*

In dit verband werd ook gepleit voor een onafhankelijke klachtenfunctionaris en een casemanager.

Interview 11 (gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk): *Ze wordt ook betaald, we hebben het nagevraagd, ze wordt betaald door het ziekenhuis. Dat vind ik gewoon niet kloppen. Dat moet een onafhankelijk bureau zijn en niet die schrik hebben van die dokters.*

Interview 44 (onbehandeld laten van een blaasbloeding): *Maar als ik dan puur het uitgangspunt de patiënt neem en van een standaard en dan iemand die meekijkt. Een soort case manager die kijkt van goh, loopt het, loopt het niet, een vinger aan de pols. En op een gegeven moment sluit je het af of je sluit het niet af en je begeleidt zo'n patiënt daarin verder. En dan bedoel ik niet persoonlijk begeleiden, dat je dan persoonlijk die gesprekken doet of wat dan ook Nee, dat je dan kijkt of er een netwerk is in Nederland van maatschappelijk werkers of psychologen, maakt mij niet uit, die ervaring hebben met het begeleiden van patiënten met onbedoelde schade. Omdat dat langdurige trajecten zijn.*

3.3.11. Schadeafwikkeling

Waar het de afwikkeling van schade betreft, deden zich verschillende situaties voor. In enkele gevallen werd door het ziekenhuis (min of meer) uit eigen beweging een bedrag ter vergoeding van schade aangeboden. Het betrof patiënten waarbij een ondeugdelijke heupprothese was geplaatst (N=3). Een andere deelnemer was vanuit het ziekenhuis de mogelijkheid geboden gebruik te maken van een speciaal (door het ziekenhuis opgericht) fonds dat voorzag in een financiële tegemoetkoming voor juridische bijstand.

In de overige gevallen ging het initiatief uit van de patiënt in de vorm van het besluit een claim in te dienen tegen het ziekenhuis. Deze claims hadden zowel betrekking op materiële als op immateriële schade. De fase waarin zich de

schadeafwikkelingsprocedure bevond liep sterk uiteen. Met name voor deelnemers die meer recent een claim hadden ingediend gold dat men veelal (nog) geen indicatie konden geven van het te vorderen bedrag (N=13). Voor zover men wel in staat bleek bedragen te noemen liepen deze uiteen van € 2500,- tot € 314.000,-. In veruit de meeste gevallen werd de claimbehandeling overgenomen door de verzekeraar van het ziekenhuis. In een drietal gevallen is het tot een procedure voor de civiele rechter gekomen.

Gevraagd naar de motieven voor het instellen van een claim bleek lang niet altijd compensatie voor geleden schade voorop te staan.

Voor een aantal personen gold dat er min of meer een financiële noodzaak bestaat om een claim in te stellen, bijvoorbeeld omdat ze niet langer in staat waren een inkomen te verwerven.

> Interview 15 (zenuwbeschadiging tijdens operatie): *Ons eigen inkomen staat stil. Dat staat helemaal stop. Wij kunnen niets meer genereren. Nee.*

> Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels): *Het gaat er mij wel om dat ik hier wil blijven wonen en dat ik vind dat hun daar medeschuldig aan zijn.*

Ook wenste men niet zelf financieel te boeten voor de gevolgen van een fout waarvoor een ander verantwoordelijk is.

> Interview 24 (nabestaande van overledene na gemiste diagnose van kanker): *Er is geen enkel moment echt rancune geweest, van [naam overledene] helemaal niet. Kijk, maar dat is ook weer mijn zakelijke redenering, het ziekenhuis heeft iets fout gedaan, dat hebben ze erkend, oké. Er zijn mogelijkheden om daar iets tegenover te stellen, het ziekenhuis is ervoor verzekerd. Oké, dan moet het ook aangesproken worden. Dat was dan mijn zakelijke benadering.*

> Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie): *Ja, inderdaad, toch ook qua studie en wat voor kosten het allemaal met zich mee heeft gebracht, dat wil ik toch wel een beetje vergoed zien. Dat maakt het niet goed, maar het is misschien wel een beetje verzachtend of zo.*

Maar bij sommige deelnemers stonden andere motieven dan compensatie voorop, zoals erkenning (van de fout), het voorkomen dat het een ander overkomt en het ter verantwoording roepen van de arts.

Interview 1 (onbehandelde complicatie met verlamd lichaamsdeel tot gevolg): *Ja, het was meer mijn gekrenkte eigenwaarde. Van, ik heb verdomme gelijk, hij heeft iets fout gedaan en ik vind dat hij fout heeft gedaan, er is mij onrecht aangedaan. Dat was mijn inzet en dat wilde ik recht gezet krijgen en dat erkend krijgen.*

Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was): *Gewoon dat ze de fout toegeven. Dat hij zijn fout toegeeft, dat hij nalatig is geweest. Dat is het enige, dat is het enige. Dat hij anders had moeten handelen in die zes weken.*

Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels): *Ja, wat is mijn motivatie om dit te doen? Als wij te hard rijden over de weg of als wij iets verkeerd doen, dan kunnen we ook gelijk schuld bekennen en dan worden we er ook op aangesproken. En het lijkt wel of hun oppermachtig zijn. Oké, ik weet, het zijn ook gewoon mensen en die doen ook hun best, maar die mogen ook weleens op de vingers getikt worden, toch?*

Interview 37(gemiste diagnose en experimentele herstelbehandeling met ongewenst resultaat): *Ik had zoiets van ja, je kunt het wel laten zitten, omdat het zo lang duurt, maar ik vind gewoon, ze moeten aangepakt worden. En zeker artsen die hun patiënten niet voldoende informeren en dan in het ongeluk stortten en dan ook nog denken dat ze hiermee wegkomen.*

De deelnemers werd ook gevraagd of ze door een andere reactie van de arts of andere mensen binnen het ziekenhuis, van het instellen van een claim zouden hebben afgezien. Een aanzienlijk deel van de respondenten gaf aan dat dit het geval is.

Interview 9 (verkeerde diagnose met als gevolg verwijdering van gezond orgaan): *Gewoon een nette brief met excuses dat het zo gelopen is enzovoort.*

Interview 11(gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk): *Excuses en mevrouw, heeft u onkosten gehad. Ja, dan waren ze er met een paar honderd euro vanaf geweest. Nu heb ik, ik heb er zoveel weet van gehad, van de onmacht en van niet goed, het gevoel dat er niet naar mij geluisterd werd, dat ik nu ook schadevergoeding heb gevraagd voor emotionele schade. Dat had allemaal naar mijn idee, daar was ik in eerste instantie niet op uit. Maar door de niet echt medewerking, laat ik het zo zeggen.*

Interview 12 (gemiste diagnose van een heupfractuur): *Na dat gesprek met*

[arts] is eigenlijk pas die claim, die beslissing genomen om een claim in te dienen.

Interview 31(operatiefout tijdens heupoperatie): *Als hij was gekomen en zei, ik heb een fout gemaakt en ja, ik kan het verder niet goedmaken, maar u wordt verder goed behandeld enzovoorts, enzovoorts. Maar nogmaals, er is helemaal geen menselijkheid voor de dag gekomen. Zijn hoofdzaak was er alsjeblieft geen strafzaak van maken. Want anders ben ik mijn baan kwijt. Daar ging het bij hem hoofdzakelijk over en niet over de patiënt.*

3.3.12 Ervaren belasting van het schadeafwikkelingsproces

De deelnemers werd ook gevraagd of en in welke mate zij het proces van schadeafwikkeling belastend vonden en hoe zij het gedrag van de verzekeraar van het ziekenhuis hebben ervaren. De schadeafwikkelingsprocedure werd door de meeste deelnemers als (zeer) belastend ervaren. Sommige deelnemers stellen dat dit ook invloed heeft op hun gezondheid.

Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was): *Ach, daar wordt je ziek van. Bij alle narigheid die je al hebt, daar wordt je echt ziek van, ja*.

Deelnemers ervaren het proces als emotioneel belastend, mede als gevolg van het feit dat het ze steeds opnieuw confronteert met het gebeurde.

Interview 23 (geopereerd aan heupdysplasie, achteraf bleek dat patiënt dit niet had): *Ja, en zo'n claim is ook zwaar hoor. Mijn god, mijn god. Dan komt er weer zo'n rapport binnen, ik heb er net ook weer een binnen gekregen. Dat ligt daar nog. Ik heb zoiets van, oh nee, nog niet. Even niet lezen [...] Iedere keer komt er zo'n rapport binnen en dan moet je dat lezen en dan komt heel die toestand weer terug.*

Ook de administratieve last die ermee gepaard gaat werd als belastend ervaren.

Interview 43 (technische fout tijdens oogoperatie, blind aan één oog): *Ja. Wat ik zei, ondanks dat de advocaat veel doet, komt er weer een brief van die advocaat. Nou, dan moet ik hem openmaken, daar heb ik al moeite mee. Dan: 'Ja, het spijt me, maar wilt u dit en dit en dit nog op een rij zetten. Kunt u nog facturen vinden van dit en kunt aantonen dat'.*

Het meest genoemd werd echter de traagheid van het afwikkelingsproces.

> Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was): *Of het met de postduif moet. Echt, ik vind het schandalig, ik vind het echt schandalig. Dat het zo moet, dat het zo gaat. Het kan wel anders, maar het gaat zo. Het kan makkelijk een beetje tempo achter gezet worden. Het moet allemaal maanden duren. Het is dik anderhalf jaar geleden en wat zijn we opgeschoten? Nog helemaal niks. Maar ze denken zeker van, ze geven het wel op.*

> Interview 9 (verkeerde diagnose met als gevolg verwijdering van gezond orgaan): *Maar het is echt heel erg geweest, ook want je hebt de repliek en weer repliek en dan mag je nog een keer. En het is ook niet, want ik heb echt heel veel geschreven en ik ben ook op punten van de advocaat ingegaan enzovoort. Maar ja, het heeft gewoon weinig zin en heel veel, er haken zoveel mensen af daarom. Ook omdat het vaak, kijk, ik was niet lichamelijk ziek. Want heel veel patiënten die te ziek zijn of zo, die kunnen dat niet eens.*

> Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie): *Ik heb afgelopen oktober een gesprek gehad met de verzekeraar van het ziekenhuis, dus die [verzekeraar] en met mijn advocaat en mijn vader erbij. Toen heb ik mijn hele verhaal moeten doen. Daar zouden ze een verslag van gaan maken en mijn advocaat zei, dat duurt één, twee maanden. Maar goed, we zijn nu februari en ik heb nog steeds niets gehoord. Dus ik heb wel zoiets van nou, daar gaan we weer, maar.*

Ook ervaren de deelnemers de verweren van de verzekeraars als niet reëel en verwijten ze de verzekeraar op alle slakken zout te leggen.

> Interview 12 (gemiste diagnose van een heupfractuur): *nu komt de verzekering met een irreëel tegenbod door te zeggen dat ik een hobby heb, want ik heb een zeilboot, dat vraagt nogal een beetje onderhoud één keer per jaar. Eigenlijk het hele jaar door en die hobby die zou eigenlijk niet gepast zijn gezien mijn beperking nu.*

> Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels): *Maar nou gooien ze het op de suiker. Omdat ik lang diabeet ben. Ze doen nou net alsof alle diabeten die al langer diabeet zijn, allemaal een amputatie krijgen.*

> Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was): *Terwijl hun het er nou eigenlijk beetje mee afdoen van ja,*

> *het had er toch van gekomen. Zo doen ze dan net. Het had er toch van gekomen. En dat doet mij dan het meeste zeer, eigenlijk.*

Deelnemers ervaren dit bovendien als een bewuste tactiek.

> *Interview 1 (onbehandelde complicatie met verlamd lichaamsdeel tot gevolg): Traineren, Traineren, Traineren. Ik denk dat ze weten dat wij dit particulier bekostigen en ze willen je gewoon, ja zo voelt dat, ze willen je gewoon kapot maken. Ze willen gewoon dat je op een gegeven moment opgeeft.*

> Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels): *Alleen wat zo stom is, toen in het begin zat ik er echt bovenop en nu ben ik al zo van. Gek, hè? Dan las ik echt alles en zat ik er echt diep in. Nu weet ik amper nog waar het zit. Dus dat is ook wel een hele slimme tactiek van hun, om er zolang over te doen. Heeft u het gevoel dat het bijna bewust gedaan wordt? Ja, tuurlijk.*

> Interview 23 (geopereerd aan heupdysplasie, achteraf bleek dat patiënt dit niet had): *Ik heb een hele mooie brief van de directeur van de [ziekenhuis], waar hij zijn oprechte excuses aanbiedt en ook zegt van nou, we zullen zorgen dat in ieder geval financieel we de zaak voor u goed afhandelen. Maar ja, dan komen die gehuide advocaten om de hoek kijken. Dan wordt het wel een ander verhaal, hè.*

> Interview 43 (technische fout tijdens oogoperatie, blind aan één oog): *Dat is een onderdeel van een proces, wat die verzekeraar ook gewoon weet, want ik ben niet anders dan anderen. Dus als het maar lang genoeg duurt, dan zeggen ze op den duur wel van, maakt me niet uit wat ik krijg, als ik het maar achter me heb. Dan accepteer je misschien iets wat te laag is.*

3.3.13. Ervaren verbeterpunten met betrekking tot de schadeafwikkeling

De deelnemers werd in de interviews expliciet gevraagd naar wat zij dachten dat er veranderd zou kunnen worden om de schadeafwikkelingsprocedure minder belastend te maken. Daarnaast kunnen uit de interviews aanvullende verbeterpunten worden gedestilleerd. Genoemd kunnen worden: meer verantwoordelijkheid voor en een proactieve benadering door het ziekenhuis inzake schade-

afwikkeling, een omkering van de bewijslast en een verkorting van de looptijd van de procedure.

> Interview 1 (onbehandelde complicatie met verlamd lichaamsdeel tot gevolg): *Ik zou zeggen van, dat ze veel dichter bij de kern moeten blijven. Dat ze niet zo moeten uitzwaaien naar weet ik veel wat. Gewoon dicht bij die kern blijven. Wat is er aan de hand en wat is de klacht in feite? Maar niet dat er van alles bijgehaald wordt. Want dat alles erbij halen, dat kost ook weer 3, 4 jaar. En zoiets kan volgens mij als je bij de kern blijft, dus echt heel dicht bij de kern blijft, dan moet het binnen 2 of 3 jaar klaar kunnen zijn. Dan heb je ook die emotionele belasting van die volgende 7, 8 jaar, die loopt dan niet zo hoog op, denk ik.*

> Interview 15 (zenuwbeschadiging tijdens operatie): *Zeggen van jongens, wat is de schade, wees even reëel en zeggen van nou, dat is het verlies van verdienvermogen en die zelfwerkzaamheid en het pensioen. Want het pensioen daar gaat het nog over, ik kan nu niet meer aan mijn pensioen wat doen. Hoe loopt dat allemaal? Dus als je daar wat eerder in bent, dan kun je dat allemaal veel sneller afhandelen, volgens mij. Maar ja, dat is vanuit mijn optiek. Plus dat je dan ook minder psychische schade oploopt, want nu duurt het en het duurt en het duurt. En brieven schrijven, brieven schrijven over en weer. Die advocaat die vaart er ook wel bij natuurlijk.*

> Interview 24 (nabestaande van overledene na gemiste diagnose van kanker): *Maar goed, het ziekenhuis heeft deze mensen in dienst, het ziekenhuis zegt, ik ben hiervoor verzekerd. Dus op het moment dat geclaimd wordt, dan kan ik wat. Maar dan denk ik ja, op het moment dat er geclaimd wordt. Hoeveel mensen claimen er? En bij welke zaken blijven jullie achterover leunend heerlijk weg? Nou ja, daarvoor zeg ik, het is de omgekeerde wereld, het zou andersom moeten zijn [……] Het ziekenhuis is verantwoordelijk, hoe je het went of keert. En die bedient zich van een verzekeraar. Althans, die legt het neer bij een verzekeringsmaatschappij en die verzekeringsmaatschappij die bedient zich van een advocaat. Dan denk ik, in dat hele proces moet een ziekenhuis als verantwoordelijk voor de medische misser, om het dan zo maar uit te drukken, die moet ook meer verantwoordelijkheid nemen. En die zou niet moeten willen dat een advocaat het op die manier behandeld.*

> Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie): *Ja, ik vind dat het wel sneller moet kunnen. Ik weet vanuit mijn studie dat het lang duurt en dat het veel tijd kost, maar ik heb zoiets van, het zou me wel rust geven als er*

gewoon ook echt even een punt achter komt te staan en dat het gewoon klaar is.

Interview 36 (gemiste diagnose breuk, 2 hersteloperaties): *Ja, ik denk toch vooral, het tempo en de communicatie, vooral een stukje reactie van de verzekering van de tegenpartij, want ik krijg teruggekoppeld van mijn verzekeraar dat de tegenpartij nog niet heeft gereageerd. Dan denk ik van, reageer dan wel, maar zeg dat je nog geen nieuws te brengen hebt, maar reageer dan tenminste.*

Interview 37 (gemiste diagnose en experimentele herstelbehandeling met ongewenst resultaat): *Je moet niet sorry zeggen, maar sorry doen.*

Interview 42 (gemiste diagnose van breuk hetgeen functieverlies heeft veroorzaakt): *Wat absoluut een tip zou kunnen zijn, wat je in een onderzoek zou kunnen verwoorden, dat als er een aansprakelijkheidsstelling is en er worden dossierstukken opgevraagd, laat die niet op de standaardbalie belanden en de routing. Die moeten met voorrang op een hoge prioriteit stapel belanden. Het moet niet eens een stapel zijn. Dat moet op dagverwerking naar de verzekeraar verzonden worden. Dat soort dingen. Ben inderdaad correct naar degene die het overkomen is. Dat was dan wel een iets meer gepaste reactie.*

3.3.14 Psycho-sociale opvang

In een aantal gevallen werd door het ziekenhuis psycho-sociale opvang aangeboden, bijvoorbeeld in de vorm van een maatschappelijk werker of een psycholoog. Niet alle patiënten die een dergelijk aanbod werd gedaan voelden ook de behoefte om daarvan gebruik te maken.

Interview 3 (verkeerde diagnose door verwisselen biopten): *Het is aangeboden, ja [...] Ik heb er geen gebruik van gemaakt.*

Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was): *En toen kreeg ik op een gegeven moment een afspraak voor maatschappelijk werk. Die heb ik afgezegd. Ik denk, maatschappelijk werk, waar heb ik die voor nodig?*

Ook werd melding gemaakt van het feit dat het ziekenhuis soms meer praktische opvangmaatregelen organiseerde (bijv. thuiszorg). Echter lang niet bij alle

deelnemers die behoefte hadden (gevoeld) aan psychologische ondersteuning werd deze van de zijde van het ziekenhuis aangeboden.

> Interview 1 (onbehandelde complicatie met verlamd lichaamsdeel tot gevolg): *Nee, niet aangeboden. Nee, er wordt niets aangeboden.*

> Interview 11(gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk): [...] *dan denk ik voor al mijn boosheid en frustratie, daar is niemand voor. Daar blijf je gewoon mee zitten.*

> Interview 23 (geopereerd aan heupdysplasie, achteraf bleek dat patiënt dit niet had): *En psycho-sociale zorg moet je ook zelf organiseren, hè. Die krijg je er niet bij. Wat heb ik eigenlijk gehad als ondersteuning? Een psycholoog heb ik op een gegeven moment opgezocht.*

Uit de gesprekken met deelnemers komen wisselende ervaringen naar voren met betrekking tot de psycho-sociale opvang. Hierbij wordt soms hulp aangeboden terwijl er geen behoefte aan is, maar er is ook een groep met duidelijke behoefte aan hulp of ondersteuning, maar die dit niet van de zijde van het ziekenhuis wordt aangeboden.

In de gevallen waarin geen aanbod werd gedaan voor verdere hulp of psychologische ondersteuning besloten een aantal deelnemers om zelf psychologische hulp in te schakelen. In deze gevallen stapten mensen meestal naar de huisarts, in enkele gevallen werden ook lotgenoten op het internet gezocht. In sommige gevallen werd via een andere weg, bijvoorbeeld in het kader van een revalidatieproces, in psychologische hulp voorzien.

> Interview 19 (door gemiste diagnose 2 jaar pijn en darmklachten gehad): *Nou, ik ben op een gegeven moment wel zelfstandig naar mijn huisarts gegaan. Die heeft mij doorverwezen naar een psycholoog. Hoe lang bent u destijds onder behandeling geweest? Daar ben ik drie maanden in behandeling geweest.*

> Interview 35 (zeldzame complicatie aan blaas na operatie baarmoeder): *Daarom ik heb heel veel steun gehad aan diegene dus die hetzelfde heeft. Ja, via internet. Ja, daar hebben wij ons verhaal, zeg maar, aan gedaan.*

De deelnemers rapporteren verschillende psychische klachten variërend van stress, boosheid, spanning, neerslachtigheid, piekeren, slaapproblemen, relatie-

problemen tot ernstigere psychische klachten zoals een angststoornis, eetstoornis of depressies.

> Interview 4 (operatiefout aan oog met blindheid als gevolg): *Ja. Maar vooral geestelijk en ook het ja, ik ben altijd een eerlijk iemand geweest, dus ik was enorm in mijn sas toen die dokter zei van, nou ja, daar hebben wij dus een fout gemaakt. Ja, toen ze zeiden van, ik weet van niets, toen knapte er bij mij iets en toen heb ik anderhalf jaar echt als een wilde gelopen en mijn gezin uitgescholden en dag en nacht. En van de ene op de andere minuut ja, sloeg ik om en dan dacht ik eraan en ja, dan ging het loos hier, hè. Toen hebt u zelf hulp gezocht bij de psycholoog. Ja, toen heb ik in de [naam] heb ik hulp gekregen van een psycholoog.*

Een beeld dat tijdens de interviews naar voren is gekomen, is dat een opeenstapeling van verschillende factoren zoals het lichamelijk herstel, de financiële gevolgen, en de mogelijke schadeafwikkeling die aan de gang is, het gehele proces geestelijk erg belastend kan maken. Dit kan soms zelf gevolgen hebben op en binnen relaties.

> Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was): *Daar ben ik ook helemaal beroerd van. Echt, dat het zolang moet duren, daar word ik geestelijk, daar ga je af en toe aan onderdoor. Tenminste onderdoor, maar af en toe dat ik een beetje in een dip zit, zeg maar. Dat zijn echt van die vervelende dingen die het nog erger maken.*

> Interview 4 (operatiefout aan oog met blindheid als gevolg): *Nou ja, geestelijk ja, mijn vrouw ook, die zat bij een psycholoog en ik bij een psycholoog en uiteindelijk hebben we het dan toch wel een plaatsje kunnen geven.*

Het tijdstip waarop psychologische hulp of ondersteuning wordt aangeboden lijkt erg belangrijk. Uit het volgende citaat blijkt dat dit aanbod niet te vroeg moet komen omdat men nog teveel met het de schrik en het lichamelijk herstel bezig kan zijn. Wellicht is het ook wenselijk dat dit aanbod niet eenmalig is, maar op meerdere tijdstippen aangeboden wordt omdat men soms op een later tijdstip beseft toch wel behoefte aan psychologische hulp of ondersteuning te hebben.

> Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie): […] *er is iemand van maatschappelijk werk langsgekomen. Maar op dat moment was dat voor mij, ik zat een beetje in een roes of zo. Van oké, ik wil weer snel naar huis. Ik wil*

weer leuke dingen gaan doen. […] Ja, ik denk dat het te vroeg was, ik was er niet helemaal bij.

3.4 Belangrijke inzichten uit de interviews

Gesteld kan worden dat de resultaten van de interviews in het algemeen goed aansluiten bij de verwachtingen die voortvloeiden uit de literatuurstudie. De interviews bevestigen in algemene zin dat patiënten die te maken krijgen met een (vermeende) medische fout kort gezegd behoefte hebben aan openheid, een verklaring met betrekking tot het gebeurde, erkenning van de fout en excuses, dat maatregelen worden genomen om herhaling te voorkomen en dat wordt getracht de gevolgen voor de patiënt zoveel mogelijk te beperken of ongedaan te maken. De resultaten bevestigen ook de vaststelling dat in de praktijk aan deze behoeften slechts beperkt tegemoet wordt gekomen.

Voorts sluiten de resultaten aan bij het ook uit andere onderzoeken bekende beeld dat patiënten lang niet altijd primair uit financiële motieven een schadeclaim indienen. Erkenning (van de fout), het voorkomen dat het een ander hetzelfde overkomt en het ter verantwoording roepen van de arts worden als alternatieven genoemd. Een andere reactie van het ziekenhuis zou volgens een aantal patiënten tot gevolg hebben gehad dat zij geen claim hadden ingediend. Tevens laten de interviews zien dat de meeste deelnemers die een claim hadden ingediend het schadeafwikkelingsproces als (zeer) belastend of zelfs als herstel-belemmerend ervaren. De traagheid van het proces, het feit dat ze door het proces steeds opnieuw met het gebeurde worden geconfronteerd en het als traineren of tegenwerken ervaren gedrag van de aansprakelijkheidsverzekeraar maken dit proces voor veel deelnemers emotioneel uitputtend.

Naast deze algemene uitkomsten hebben de interviews echter ook belangrijke aanvullende informatie en inzichten opgeleverd met betrekking tot de meer praktische gang van zaken in de nasleep van een medisch incident en de wijze waarop patiënt (en hun naasten) deze nasleep beleven en waarderen.

In de eerste plaats betreft dit de vele manieren waarop een (vermeende) medische fout aan het licht kan komen. Soms bestaat over aard en ernst van een incident bij arts en patiënt direct duidelijkheid, maar veelal komt dit pas na verloop van tijd (in een enkel geval zelfs pas na enkele jaren) aan het licht, bijvoorbeeld omdat vervolgonderzoek uitwijst dat in een eerder fase een diagnose is gemist. Ook komt het voor dat de patiënt op het spoor van een mogelijke medische fout wordt gezet door opmerkingen van verplegend personeel, de

huisarts, of de fysiotherapeut. De plaats waar de (vermeende) fout aan het licht komt kan dan ook zeer wel een andere zijn dan waar het incident zich heeft voorgedaan.

De interviews bevestigen het belang dat patiënten hechten aan een adequate reactie van de zorgverlener. Het gaat daarbij om het betrachten van openheid in een proces waarin de patiënt zich serieus genomen voelt en waarin medeleven wordt getoond, waarbij fouten worden toegegeven en zo nodig excuses worden gemaakt en waarbij wordt getracht de gevolgen voor de patiënt zoveel als mogelijk ongedaan te maken. Men begrijpt dat er fouten gemaakt kunnen worden, maar dat de arts daar vervolgens niet eerlijk en open is kan men niet te accepteren. In dit verband is ook een opvallende bevinding uit de interviews dat een aantal deelnemers rapporteerden dat de houding van de arts en/of het ziekenhuis wijzigde als duidelijk werd dat er mogelijk een claim zou volgen (of juist duidelijk werd dat een claim achterwege zou blijven).

De interviews laten zien dat een adequate reactie verdere emotionele (of zelfs fysieke) schade kan voorkomen, de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts kan doen herstellen (waardoor tevens voorkomen wordt dat de behandelrelatie wordt verbroken), en juridisering in de vorm van een formele klacht of een claim kan voorkomen. Wat dit laatste betreft valt op dat in die gevallen waar patiënten vonden dat de communicatie met de zorgverlener onbevredigend was verlopen, dit vaak uitmondt in een formele klacht, terwijl van de patiënten die aangaven (min of meer) tevreden te zijn over de communicatie met de zorgverlener slechts één een formele klacht indiende.

De interviews laten ook zien dat – hoewel er belangrijke gemeenschappelijke kenmerken zijn in de manier waarop patiënten na een incident behandeld willen worden – dat individuele patiënten toch heel uiteenlopende behoeftes hebben en heel verschillend reageren. Zo zijn er patiënten die na een (vermeende) medische fout juist niet een persoonlijk onderhoud met de daarvoor verantwoordelijke arts wensen.

De interviews benadrukken voorts het feit dat adequaat reageren op een medisch incident geen eenmalige inspanning is, maar een voortdurend proces. Openheids- en opvangbehoeften kunnen zich over een langere tijd uitstrekken of zich pas na enige tijd na het incident manifesteren (bijvoorbeeld omdat in eerste instantie alle aandacht en energie was gericht op het fysieke herstel). Dit impliceert ook dat de patiënt een centraal en continu aanspreekpunt wordt geboden.

Uit de interviews blijkt enerzijds dat in de praktijk vooral de klachtenfunctionaris als zodanig fungeert, anderzijds dat veel geïnterviewden aangaven een dergelijk centraal aanspreekpunt gemist te hebben.

Ongeveer de helft van de geïnterviewden hadden contact gehad met een klachtenfunctionaris. De meeste van de deelnemers waren in z'n algemeenheid (zeer) tevreden over het optreden van de klachtenfunctionaris. Wel kan daarbij worden opgemerkt dat er een verschil aan te wijzen was tussen de via de klachtenfunctionarissen geworven patiënten en de overige patiënten. De tweede groep gaf een meer wisselend beeld waar het de tevredenheid over het optreden van de klachtenfunctionaris betreft.

Het optreden van de klachtenfunctionaris bestond onder andere uit het bieden van een luisterend oor, het verschaffen van informatie over (claim)procedures, het arrangeren van een gesprek met de betreffende arts(en), het aanwezig zijn bij dit gesprek en zorgen voor de verslaglegging. De klachtenfunctionaris functioneerde in de ogen van deze deelnemers als iemand die voor hen op kwam, iemand die onpartijdig advies gaf, een neutrale toehoorder/getuige, een gespreksleider/mediator en/of als een permanent aanspreekpunt.

Overigens betekent het feit dat men tevreden was over het optreden van de klachtenfunctionaris niet automatisch dat ook het resultaat van de bemiddeling tussen patiënt en arts ook bevredigend was, bijvoorbeeld omdat ondanks de inspanningen van de klachtenfunctionaris er geen bevredigende communicatie tussen arts en patiënt tot stand komt. Een respondent stelde in dit verband dat verzoeken van de klachtfunctionaris aan zorgverleners minder vrijblijvend zouden moeten zijn.

Er was ook een groep deelnemers die niet tevreden waren over de klachtenfunctionaris. Overheersend werd daarbij aangegeven dat deze niet als onafhankelijk of zelfs als partijdig werd ervaren.

Bovenstaande uitkomsten bieden enerzijds nadere steun aan de gedachte dat de klachtenfunctionaris bij de opvang van medische incidenten een centrale rol moet toekomen. Anderzijds dient met bijzondere aandacht de vraag onder ogen gezien te worden of de klachtenfunctionaris in de perceptie van de patiënt werkelijk onafhankelijk is en wat daarvan de mogelijke consequenties dienen te zijn.

Zoals gezegd bevestigen de resultaten van de interviews het reeds uit andere onderzoeken bekende beeld dat voor patiënten lang niet altijd financiële motieven voorop staan als zij een schadeclaim indienen. Immateriële

doelstellingen zoals erkenning (van de fout), het voorkomen dat het een ander hetzelfde overkomt en het ter verantwoording roepen van de arts worden geregeld genoemd als (meer) primaire drijfveren. Dit impliceert dat het in een eerdere fase adequaat inspelen op deze behoeften claims kan voorkomen.

De interviews laten voorts zien dat het schadeafwikkelingsproces als (zeer) belastend of zelfs als herstelbelemmerend wordt ervaren. De kritiek op de schadeafwikkeling is dat deze te lang duurt, dat van de kant van het ziekenhuis en/of de verzekeraar te weinig verantwoordelijkheid wordt genomen voor de voortgang (te weinig "proactief") en dat men naar wegen zoekt om niet te hoeven uitbetalen. Als uit de interviews naar voren komende verbeterpunten kunnen worden genoemd: meer verantwoordelijkheid voor en een proactieve benadering door het ziekenhuis inzake schadeafwikkeling, een omkering van de bewijslast en een verkorting van de looptijd van de procedure. Deze uitkomsten dwingen na te denken over een andere inrichting van het afwikkelingsproces, zoals het zelf afdoen door ziekenhuizen van geringere claims of het zich aansluiten bij een geschillencommissie.

Bij de deelnemers varieerden de psychische gevolgen van stress, boosheid, spanning, neerslachtigheid, piekeren, slaapproblemen, relatieproblemen tot ernstigere psychische klachten zoals een angststoornis, eetstoornis of depressies. Uit de gesprekken met deelnemers komen wisselende ervaringen naar voren met betrekking tot de psycho-sociale opvang. Hierbij wordt soms hulp aangeboden terwijl er geen behoefte aan is, maar er is ook een groep met duidelijke behoefte aan hulp of ondersteuning, maar die dit niet van de zijde van het ziekenhuis wordt aangeboden.

Bij het interpreteren van bovenstaande resultaten dienen wel de beperkingen van het onderzoek in ogenschouw genomen. In de eerste plaats betreft hier een kwalitatief onderzoek. De uitkomsten kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd. Ten tweede is een bias in de sample van de populatie mogelijk, dit is echter actief tegengegaan door het gebruik van verschillende selectiekanalen zoals de klachtenfunctionarissen, medische verzekeraars, zelfmelders en het NIVEL panel. Het is verder opvallend dat alle deelnemers van Nederlandse afkomst zijn. Ten slotte blijft het een mogelijkheid dat selectieve herinneringen of effecten over tijd van het geheugen van invloed zijn geweest op de rapportage van de deelnemers. Ondanks deze beperkingen bevestigen de uitkomsten van dit onderzoek het belang van adequate opvang en communicatie met slachtoffers van een medische incident met onbedoelde lichamelijke gevolgen.

4. Expertmeetings

4.1 Inleiding

In het kader van dit onderzoek vonden op 27 augustus, 10 september en 18 oktober 2012 expertmeetings plaats. In deze expertmeetings werden deskundigen vanuit verschillende relevante disciplines bijeengebracht. De opzet was om één of meer vertegenwoordigers uit de volgende groepen bijeen te brengen: letselschadeadvocaten, letselschaderegelaars, rechters, leden van de klachtencommissie, klachtenfunctionarissen, artsen, slachtoffers van een medisch incident, een specialist op het gebied van psychotrauma, casemanagers en vertegenwoordigers van Slachtofferhulp Nederland.

Het onderzoek beoogt praktische aanbevelingen te doen over de mogelijkheden tot verbetering van omgang met en opvang van patiënten na een medisch incident. Kennis en ervaringen uit de huidige praktijk zijn daarom voor het onderzoek van wezenlijk belang. De expertmeetings waren een belangrijk instrument om input uit de praktijk te krijgen. Op basis van de literatuurstudie, de gesprekken met deskundigen uit het veld en de patiënteninterviews werden een aantal oplossingsrichtingen geformuleerd. De expertmeetings hadden tot doel die oplossingsrichtingen nader te toetsen, te exploreren en in te vullen.

De eerste twee expertmeetings bestonden uit twee delen van ieder twee uur met een tussenliggende pauze van 30 minuten. In het eerste deel werd gesproken over de opvang na een medisch incident (betrachten van openheid, ondersteuning van de patiënt, onderzoek naar de toedracht, etc.). In het tweede deel werd gesproken worden over de financiële compensatie. Aanwezigen van deze expertmeetings bestonden uit een of meer letselschadeadvocaten, letselschaderegelaars, rechters, leden van de klachtencommissie, klachtenfunctionarissen, artsen en slachtoffers van een medisch incident. De derde expertmeeting duurde twee uur en hierbij werd gesproken over het derde domein namelijk de psycho-sociale opvang van slachtoffers van medische fouten. Bij deze expertmeeting was een klachtenfunctionaris, een specialist op het gebeid

van psychotrauma, een casemanager en een vertegenwoordiger van Slachtoffer Nederland aanwezig.[190]

In dit hoofdstuk zullen puntsgewijs de uitkomsten besproken worden van alle besproken discussiepunten**.** De uitkomsten zijn opgesplitst in drie delen overeenkomstig met de verschillende besproken domeinen van de expertmeetings te weten: 1) opvang en bejegening, 2) schadeafwikkeling en 3) psycho-sociale opvang. Steeds worden eerst de vragen weergegeven zoals die aan de experts zijn voorgelegd, met in cursief de daarbij behorende toelichting. Vervolgens wordt weergegeven wat met betrekking tot de betreffende vraag de uitkomsten van de expertmeetings waren.

4.2 Expertmeeting deel I ´opvang en bejegening'

1) Kan de klachtenfunctionaris fungeren als coach van de arts in de communicatie met de patiënt?

Toelichting
Uit de literatuur blijkt dat de patiënt na een medisch incident behoefte heeft aan een snelle en adequate reactie van de hulpverlener (dat wil kort gezegd zeggen dat er: 1) informatie wordt verschaft over het incident; 2) verantwoordelijkheid wordt genomen voor wat er is gebeurd; 3) dat er medeleven wordt getoond (en zo nodig excuses worden gemaakt) en 4) dat er voor zover mogelijk, geschetst wordt welke maatregelen in de toekomst genomen zullen worden ter voorkoming van vergelijkbare incidenten. Deze ingrediënten worden samen in de literatuur veelal aangeduid met 'open disclosure'.
Onderzoek laat zien dat de praktijk veelal tekort schiet. Er is vrij uitvoerig studie gedaan naar de factoren die aan 'open disclosure' na een medisch incident in de weg (kunnen) staan. Prominent worden genoemd: 1) dat het in de praktijk uitvoeren van 'open disclosure' in communicatieve zin moeilijk is en artsen dus niet goed weten hoe zij daaraan gevolg kunnen geven; 2) dat de cultuur binnen ziekenhuizen aan openheid in de weg staat doordat die cultuur voor artsen onvoldoende 'veilig' is – denk aan angst voor schade aan carrière; 3) dat het voor artsen psychologisch moeilijk is over (mogelijke) fouten te praten.

Met name het verschijnsel dat artsen niet goed weten hoe zij aan hun verplichting tot 'open disclosure' gevolg moeten geven, lijkt tot op zekere hoogte overkomelijk.

[190] Voor de uiteindelijke samenstelling van de expertmeetings wordt verwezen naar de opgenomen lijst van deelnemers aan het einde van dit hoofdstuk.

Mogelijkheden tot verbetering lijken met name te liggen op het gebied van scholing en bijstand bij het in de praktijk brengen van 'open disclosure'. De vraag is of binnen de Nederlandse verhoudingen de klachtenfunctionaris als zogenaamde 'disclosure coach' van de arts zou kunnen fungeren.

Een van de deelnemers wijst erop dat een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van een betere openheid in de eerste plaats het vastleggen van verantwoordelijkheden op de werkvloer is. In het ziekenhuis waar hij werkzaam is wordt hoofdbehandelaarschap duidelijk vastgelegd. Deze arts heeft de regie over het ziekteproces maar fungeert logischerwijze ook als verantwoordelijke en aanspreekpunt voor de patiënt in geval van een calamiteit, ook als daar fouten van 'derden' aan ten grondslag liggen. Is er bijvoorbeeld een fout gemaakt door een anesthesioloog (en dus niet door de hoofdbehandelaar zelf) dan ligt het voor de hand dat de hoofdbehandelaar, die immers het initiatief heeft genomen tot de ingreep, contact legt met de anesthesioloog en bijvoorbeeld (eventueel met medewerking van de klachtenfunctionaris) een gesprek organiseert met de patiënt en daar ook zelf bij aanwezig is. Bij een fors incident ('*major event*') wordt de klachtenfunctionaris ingeschakeld nog voor de patiënt is ingelicht. Dit omdat het vertrouwen in de zorgverlener in die gevallen doorgaans een grotere deuk zal hebben opgelopen.

Dat een arts baat kan hebben bij een persoon die hem kan ondersteunen bij de communicatie met de patiënt na een incident is buiten discussie. Het is voor de arts vaak ook een emotioneel ingrijpende gebeurtenis. Benadrukt wordt dat cruciaal is dat degene die de arts ondersteunt het vertrouwen van de betreffende arts geniet, of dat nu de klachtenfunctionaris is of een ander persoon, bijvoorbeeld een (speciaal daartoe opgeleid) afdelingshoofd of een collega arts.

In diverse ziekenhuizen is het reeds staande praktijk dat de klachtenfunctionaris als *disclosure coach* optreedt. Deze staat de arts, op diens verzoek, in de eerste prille fase na een incident met advies terzijde. Volgens sommige deelnemers leeft onder een deel van de artsen nog steeds het idee dat ze van de verzekeraar niets mogen zeggen. Een van de taken van de coach is dus tevens gelegen in het wegnemen van deze barrière voor open communicatie door de arts erop te wijzen dat hij vrijuit mag spreken zolang hij zich bij de feiten houdt.

Het is in dit verband vanzelfsprekend wel zaak dat artsen van deze mogelijkheid van ondersteuning op de hoogte zijn. Naast meer algemene voorlichting laten zich ook andere wegen denken om dit te bereiken. Zo spreekt een deelnemende klachtenfunctionaris elke nieuwe arts om hem/haar bekend te maken met haar persoon en functioneren.

Een ziekenhuisbestuurder meldt dat hij in zijn ziekenhuis reeds goede ervaringen met klachtenfunctionarissen in de rol van *disclosure coach* hebben. Het feit dat deze klachtenfunctionarissen worden gekenmerkt door een verpleegkundige achtergrond en enige senioriteit maakt dat hun optreden breed wordt geaccepteerd. Een deelnemende arts uit een ander ziekenhuis stelt veel vertrouwen te hebben in de klachtenfunctionaris en roept deze er in geval van een incident graag bij.

Wel wordt in dit verband onderkend dat de beroepsgroep van klachtenfunctionarissen wordt gekenmerkt door grote verschillen in scholings- en kennisachtergrond en persoonlijke capaciteiten. Deze vaststelling was voor een medische aansprakelijkheidsverzekeraar reden om trainingen te gaan verzorgen om klachtenfunctionarissen meer op (hetzelfde) niveau te brengen. Van deze trainingen wordt veel gebruik worden gemaakt. Er bestaat een duidelijke behoefte, aldus een deelnemende vertegenwoordiger van bovenbedoelde verzekeraar.

Ook de beroepsgroep zelf is van mening er nadere eisen aan klachtenfunctionarissen gesteld mogen worden, aldus een deelnemende klachtenfunctionaris. Dit ook mede tegen de achtergrond van de voorziene wettelijke verankering van deze functionaris op basis van de Wet Cliëntenrechten Zorg.

2) Kan de klachtenfunctionaris in de arts-patiënt relatie fungeren als ‘derde’ die mede de belangen van de patiënt bewaakt?

Toelichting
De verhouding tussen arts en patiënt is over het algemeen in de eerste periode na de medische fout in veel opzichten ongelijkwaardig. De arts heeft de medische kennis, de patiënt niet; de arts is veelal in sociaal opzicht de meerdere van de patiënt; de patiënt is door de medische fout psychisch uit zijn evenwicht terwijl dat in mindere mate zal gelden voor de arts. Aan die ongelijke verhouding wordt toegevoegd het bestaan van een tegenstrijdig belang: de arts heeft er belang bij dat zijn handelen in een zo welwillend mogelijk perspectief wordt gesteld, terwijl de patiënt een zo objectief mogelijke weergave wenst.

Deze omstandigheden vergroten het risico dat de patiënt geen recht wordt gedaan. Ongelijke machtsverhouding in combinatie met potentieel tegengestelde belangen moet men neutraliseren, omdat er anders onherroepelijk gevallen zullen zijn waarin de rechten van de zwakkere partij in het gedrang komen, zo is de jurist geneigd te betogen..

Het gaat het er in essentie om zonder de verhoudingen nodeloos te polariseren toch tot een versteviging van de positie van de benadeelde te komen.

Ook hier laat zich een sterkere rol van de klachtenfunctionaris denken. In de huidige praktijk lijkt het over het algemeen zo te zijn – voor zover men over 'de praktijk' kan spreken; er bestaan grote verschillen – dat de klachtenfunctionaris wordt benaderd door de patiënt en deze zich op diens initiatief mengt in het gesprek met de arts. Er zijn echter ook nu al klachtenfunctionarissen die graag zo vroeg mogelijk na de fout betrokken raken en die zich er daarom binnen het ziekenhuis sterk voor maken dat de arts de klachtenfunctionaris benadert met de melding dat een fout is gemaakt. Afhankelijk van de omstandigheden van het geval, kan dan de arts in overleg met de klachtenfunctionaris, eventueel zelfs samen met de klachtenfunctionaris, de communicatie zo goed mogelijk doen verlopen. De vraag is of die 'vervroegde betrokkenheid' van de klachtenfunctionaris – niet pas als de patiënt klaagt, maar proactief door de instelling aangeboden – de standaard zou moeten worden.

In de huidige praktijk raakt de klachtenfunctionaris doorgaans pas betrokken als de patiënt daarom vraagt. Maar er zijn ook gevallen waar de arts nog voor hij contact gehad heeft met de patiënt de klachtenfunctionaris benaderd voor bijstand en advies. Het kan dan voorkomen dat arts en klachtenfunctionaris beiden bij het eerste contact met de patiënt aanwezig zijn. Ook is het in sommige ziekenhuizen praktijk dat de arts in het (eerste) gesprek met de patiënt op het bestaan en beschikbaarheid van de klachtenfunctionaris wijst.

Om adequaat als 'derde' die mede de belangen van de patiënt bewaakt te kunnen optreden dient de klachtenfunctionaris over voldoende bevoegdheden, gezag en doortastendheid te beschikken. Op dit vlak bestaan in de praktijk belangrijke verschillen.

Een centrale vraag is wel hoe het antwoord op vraag 1 (Kan de klachtenfunctionaris fungeren als coach van de arts in de communicatie met de patiënt?) en 2 (Kan de klachtenfunctionaris in de arts-patiënt relatie fungeren als 'derde' die mede de belangen van de patiënt bewaakt?) zich tot elkaar verhouden. Kan je als klachtenfunctionaris naar twee kanten toe vertrouwenspersoon zijn?

De deelnemende klachtenfunctionarissen ervaren in praktijk geen problemen met deze dubbelrol. Wel dient men zich vanzelfsprekend bewust te zijn van het feit dat zich hier potentiële spanningen kunnen voordoen. Een aanwezige claimbehandelaar heeft in haar ziekenhuis, waar deze dubbelrol reeds praktijk is, navraag gedaan of deze dubbelrol wel eens als problematisch werd ervaren. Dat was niet het geval.

Enerzijds kan betoogd worden – een enkele deelnemer doet dat ook - dat de mogelijke nadelen die kleven aan een dergelijke dubbelrol er voor pleiten de functies van klachtenfunctionaris en *disclosure coach* te scheiden.

Anderzijds kan gesteld worden dat deze dubbelrol tot op bepaalde hoogte ook een vereiste is voor het goed vervullen van een van de primaire taken van een klachtenfunctionaris, te weten, het door bemiddeling tussen patiënt en arts het gesprek weer op gang brengen. Daarbij dient ook het (gezondheids)belang van het voortzetten van de behandelrelatie voor ogen te worden gehouden. Bovendien valt in dit verband aan te voeren dat het eigen maken van het perspectief van de patiënt een belangrijke meerwaarde kan hebben voor de vervulling van de rol als *disclosure coach* van de arts (leereffect).

Tenslotte kan ook nog een meer pragmatisch argument voor het verenigen van de twee bovenbedoelde functies worden genoemd: er hoeft geen nieuwe functionaris in het leven geroepen te worden.

Men zou overigens de vraag kunnen opwerpen of het hebben van 'twee petten' wel zo problematisch is zolang men maar niet verantwoordelijk is voor de uitkomst van het proces. Een klachtenfunctionaris is toch vooral procesbewaker en heeft niet tot taak een oordeel te vellen. Een aanwezige klachtenfunctionaris merkt in dit kader op dat zij haar duo-rol altijd meteen aan patiënten duidelijk maakt en vraagt waar de patiënt op uit is: bemiddeling of een oordeel. In het laatste geval verwijst ze de patiënt naar de klachtencommissie. Een andere deelnemer wijst ook op het feit dat als er nader onderzoek volgt – zoals bij een calamiteit – er meer mensen betrokken raken bij de afwikkeling van een incident. Het 'twee petten' probleem speelt dan minder.

Het lijkt echter toch te eenvoudig om te stellen dat 'ervaring en bagage' en het ontbreken van verantwoordelijkheid voor de uitkomst van het proces voldoende garantie zijn om alle potentiële loyaliteitsconflicten en belangentegenstellingen te vermijden. Zo impliceert de functie van *disclosure coach* dat je keuzes maakt over wat er verteld wordt aan de patiënt. Vanuit een juridisch perspectief blijft dat toch enigszins problematisch.

Het probleem lijkt vooral te schuilen in het feit dat het optreden van de klachtenfunctionaris weliswaar gericht is op de eerste informele fase na een incident (en tot die fase zullen veel zaken waarin de klachtenfunctionaris optreedt ook beperkt blijven), maar dat de relevantie van dit optreden daartoe niet beperkt hoeft te blijven. Zo komt het in de praktijk voor dat door de klachtenfunctionaris opgestelde gespreksverslagen in een later 'gejuridiseerde'

fase opduiken in een dossier in een tuchtzaak of civiele procedure. Een deelnemende rechter voelt toch weerstand om de klachtenfunctionaris in deze juridische context als een neutrale partij te beschouwen. ‘Die artsen zijn toch jullie collega’s’. Overigens zijn in dit verband ook de belangen van de arts in het geding, voor zover de klachtenfunctionaris zich niet kan beroepen op een verschoningsrecht. Een enkele deelnemer vraagt zich af of het, ter bevordering van een open communicatie, niet beter zou zijn te bepalen dat wat in de eerste fase tussen patiënt en arts – al dan niet met tussenkomst van de klachten-functionaris - besproken wordt te vrijwaren van gebruik in juridische context. Dit voorkomt dat men enigszins krampachtig zijn of haar woorden gaat wegen. Daar wordt tegenin gebracht dat ‘als het veilig moet, het er al snel de schijn van heeft dat men iets te verbergen heeft’.

Cruciaal in dit verband lijkt ook hoe de patiënt tegen de klachtenfunctionaris aankijkt. Er is een groep patiënten die de klachtenfunctionaris als onvoldoende onafhankelijk beschouwt. Ook een deelnemende moeder van een door een medische fout overleden kind heeft de klachtenfunctionaris niet als onafhankelijk ervaren. Een andere ouder heeft meegemaakt dat de klachtenfunctionaris in een procedure de arts verdedigde. Klachtenfunctionarissen melden dat het ook voorkomt dat belangenbehartigers hun cliënten verboden of ontmoedigden met haar te spreken met het argument dat ze in dienst van het ziekenhuis zijn.

Het aanbieden van een vorm van externe bemiddeling lijkt in gevallen waarin de patiënt de onafhankelijkheid van de klachtenfunctionaris betwist daarom geboden. Inspiratie kan worden geput uit de bestaande praktijk in diverse ziekenhuizen, waarbij de patiënt, wanneer deze een formele klacht bij de klachtencommissie heeft ingediend, een alternatief voor de klachtencommissie geboden wordt in de vorm van bemiddeling door een externe bemiddelaar (overigens staat het de patiënt vrij om na afloop van de bemiddeling alsnog voor een procedure voor de klachtencommissie te kiezen). Volgens een aanwezige bemiddelaar die optreedt voor een groot academisch ziekenhuis gaat het om ca. 30 externe bemiddelingen per jaar.

Ook komt het voor dat klachtenfunctionarissen naar Zorgbelang Nederland verwijzen. Zij zien dat ook als laagdrempelig alternatief voor een advocaat. Andere deelnemers hebben echter geen onverdeeld positieve ervaringen met vertegenwoordigers van deze organisatie waar het de belangbehartiging van patiënten betreft.

Samenvattend lijkt de voorzichtige conclusie te zijn dat de rol van coach en klachtenfunctionaris te combineren zijn, maar dat er tevens een mogelijkheid tot externe bemiddeling moet worden aangeboden.

3) Op welk moment en op wiens initiatief moet de klachtenfunctionaris bij het medisch incident worden betrokken?

Toelichting
Als uitgangspunt zou kunnen gelden dat de arts de klachtenfunctionaris benadert als hij weet dat sprake is van een fout of het mogelijk acht dat sprake is van een fout. In het gesprek tussen arts en klachtenfunctionaris kan dan aan de orde komen wat de rol van de klachtenfunctionaris verder zal zijn. Een mogelijke uitkomst van het gesprek is dat de arts de patiënt de mogelijkheid voorhoudt de klachtenfunctionaris erbij te betrekken. Denkbaar is ook dat de klachtenfunctionaris zich tot de patiënt wendt met de vraag of hij prijs stelt op zijn betrokkenheid.

Deze vraag is in belangrijke mate al in het voorgaande aan de orde gesteld. Wel wordt nog de vraag opgeworpen in hoeverre complicatie- en/of incidentenregistratie in dit verband een rol kunnen spelen. Daarbij dient echter voor ogen gehouden te worden dat dit instrumenten van kwaliteitsbewaking zijn die in beginsel los staan van de verplichtingen en verantwoordelijkheden m.b.t. openheid jegens de patiënt.

4) Moet de patiënt de mogelijkheid krijgen een (door zijn ziektekostenverzekeraar betaalde) retrospectieve second opinion te vragen?

Toelichting
Aan deze vraag ligt de gedachte ten grondslag dat de patiënt behoefte kan hebben aan een medisch-inhoudelijk oordeel over hetgeen is voorgevallen. Het is mogelijk dat wat hem door de arts over het incident wordt verteld, de patiënt met wezenlijke vragen of twijfels laat zitten. De klachtenfunctionaris kan in deze, bij gebrek aan voldoende medische kennis, de patiënt niet of onvoldoende bijstaan. De vraag die de onderzoekers in dit verband voorleggen is of het een zinvolle gedachte is om de patiënt de mogelijkheid te bieden een second opinion te krijgen gericht op de vraag of er sprake is geweest van enig tekortschietend medisch handelen. Een retrospectieve second opinion dus (naar analogie van de nu reeds gebruikelijke second opinion die betrekking heeft op een toekomstige behandeling).

De gedachte is dat door de patiënt de mogelijkheid te beiden om op deze wijze een objectief deskundig oordeel te kunnen krijgen onnodige juridisering kan voorkomen. In de huidige situatie zal men zich al snel gedwongen voelen om 'formeel op te schalen', bijvoorbeeld door het inschakelen van een advocaat. Een second opinion als hier bedoeld heeft tot doel te voorkomen dat de patiënt zich gedwongen voelt om naar zwaardere, minder geëigende en meer polariserende middelen te grijpen om de bij hem (legitiem) levende vragen en twijfels weg te nemen. Men zou kunnen zeggen dat men de patiënt die een gevoel heeft van 'het zit me niet lekker, maar ik wil ook niet meteen naar een advocaat stappen' een mogelijkheid wil bieden om op relatief eenvoudige wijze voldoende zekerheid te verkrijgen of er serieuze redenen zijn om verdere stappen te ondernemen (of juist niet). Het kan in dit verband behulpzaam zijn zich te verplaatsen in een ouder van een kind dat slachtoffer is geworden van een medisch incident. Deze ouder wil een besluit nemen over het al dan niet ondernemen van stappen, maar heeft er moeite mee om enkel op basis van hetgeen hem door de betrokken arts en het ziekenhuis is verteld tot dit besluit te komen.

Sommige deelnemers vermoeden dat voor artsen het verrichten van een second opinion met betrekking tot een potentiële of vermeende fout van een collega gevoeliger zal liggen dan een 'normale' second opinion. Anderzijds kan volgens een deelnemende arts een dergelijke second opinion ook ontlastend werken voor de arts wiens handelen het betreft. Een onafhankelijk oordeel kan terugkerende twijfel over de juistheid van dit handelen bij de patiënt wegnemen.

Bovendien zou deze arts dit als veel minder vijandig beschouwen dan het inschakelen van een advocaat. Dit laatste werkt al snel blokkerend voor een open communicatie ('het wordt in dat geval opeens een ander spel'). Ook is niet ondenkbaar dat zich een vergelijkbare ontwikkeling voordoet als bij de nu gebruikelijke second opinion. Ook daartegen bestond aanvankelijk weerstand, terwijl het vragen van een onafhankelijk oordeel van een andere arts over een voorgestelde behandeling heden ten dage algemeen geaccepteerd is.

Wel zal duidelijk moeten zijn dat een dergelijke second opinion maar een beperkt gewicht heeft. Of zoals een deelnemer het uitdrukte: "als je 'echte' expertise wenst dan moet de beoordeling plaatsvinden door een boven alle twijfel verheven arts of een hoogleraar. Daar hangt ook een ander prijskaartje aan."

In hoeverre dit type van second opinion door zorgverzekeraars zal worden vergoed lijkt twijfelachtig. Geargumenteerd kan worden dat dit als tot de gezondheidszorg behorende kosten moet worden betiteld die als zodanig op basis van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking zouden moeten

komen. Anderzijds wordt naar voren gebracht dat het wellicht verstandig zou zijn ook van de patiënt een financiële bijdrage te verlangen om toch iets van drempel op te werpen.

5) Moeten de patiënt nog andere mogelijkheden ter beschikking worden gesteld?

Toelichting
Als men zou kiezen voor een stelsel waarin, grof gezegd, de klachtenfunctionaris helpt de arts-patiëntcommunicatie te verbeteren en de patiënt wat de medisch-inhoudelijke kant betreft een laagdrempelige toegang krijgt tot een (retrospectieve) second opinion, rijst de vraag of de patiënt nog andere opties moeten worden geboden.

Een aantal zaken zoals de mogelijkheid van een externe bemiddelaar zijn reeds eerder aan de orde gekomen. In aanvulling daarop werden door diverse deelnemers nog de volgende punten naar voren gebracht:

- het onderzoek naar de toedracht van een medisch incident zou binnen redelijke termijn moeten worden afgerond;
- er zou na een (vermeende) medische fout een ronde tafel gesprek met alle betrokkenen georganiseerd moeten worden;
- er zou betere dossiervoering moeten plaatsvinden na een incident. Klachtenfunctionarissen zouden daar ook een rol in kunnen spelen;
- er zou één instantie bij escalatie moeten zijn. Patiënt en familie zijn gebaat bij één loket (eenvoud en eenduidigheid).

6) Welke (andere) mogelijkheden tot verbetering van de 'openheidscultuur' ziet u?

Toelichting
Uit onderzoeken naar de beletselen voor openheid bij medische fouten blijkt dat een belangrijk beletsel voor openheid van artsen na een incident kan zijn de 'openheidscultuur' binnen een instelling. De vraag is hoe men die cultuur – anders dan door reeds aan de orde gestelde zaken - kan versterken.

In brede zin wordt vooral de nadruk gelegd op het bespreekbaar maken van fouten. Dat begint bij het cijfermatig openheid van zaken geven (aantal incidenten, klachten en claims per afdeling, etc.). Dit type van openheid

stimuleert ook het praten over klachten en claims. Iedere dokter heeft zijn kerkhofje maar artsen hebben daar over en weer vaak weinig zicht op. Een vertegenwoordiger van een medische verzekeraar stelt dat ze in dit verband steeds meer gevraagd om als neutrale derde de cijfers te presenteren (claimdashboard). Dat wordt vervolgens intern besproken. Voor artsen wordt op deze wijze veelal pas voor het eerst duidelijk dat vrijwel elke collega wel een claim achter zijn naam heeft staan.

Hoewel deze maatregelen primair gericht zijn op het stimuleren van intercollegiale openheid en niet direct op een verbeterde openheid jegens patiënten, ziet men hierin wel een onmisbare stap om dit laatste te realiseren.
Voorts wordt scholing zeer belangrijk geacht, niet alleen in de algemene opleiding maar ook *in-house*.

4.3 Expertmeeting deel II ´schadeafwikkeling’

7) Hoe denkt u over afdoening van kleinere zaken door de instelling zelf in plaats van door de aansprakelijkheidsverzekeraar van de instelling?

Toelichting
In de literatuur is bepleit claims van beperkte omvang niet meer door de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis te laten behandelen, maar door het ziekenhuis zelf – in combinatie eventueel met verhoging van het eigen risico. Dat lijkt in de praktijk ook in toenemende mate te gebeuren. De vraag is of de deelnemers (vanuit patiëntenperspectief) voordelen zien in die ontwikkeling.

In uitgangspunt is men van mening dat afdoening van kleinere zaken door de instelling vanuit patiëntenperspectief voordelen kan hebben boven afdoening door de verzekeraar. Een vader van een kind dat slachtoffer werd van een medische fout heeft een duidelijke voorkeur voor afdoening door het ziekenhuis. Dat is de plek waar het gebeurd is. Dan kan je praten/zoeken naar een oplossing. Hij heeft in zijn zaak de eerste 10 jaar (tot hoger beroep) alleen maar contact gehad met de advocaat van het ziekenhuis, niet met het ziekenhuis zelf. Er is in al die tijd nooit gevraagd naar de toestand van zijn dochter. ‘Het gaat alleen maar om geld.’ Volgens andere deelnemers gaat het er primair om dat er sprake is van verpersoonlijking. De vraag of dit nu in de ‘persoon’ van een vertegenwoordiger van de het ziekenhuis of van de verzekeraar moet zijn acht men secundair.

Bovendien zullen de individuele voorkeuren van de patiënt een rol spelen. Er is ook een groep patiënten die niets meer met de arts of het ziekenhuis te maken wil hebben.

Afdoening door het ziekenhuis zelf heeft in potentie ook voordelen in termen van een snelle en soepele afwikkeling. Sneller omdat de afwikkeling 'in één hand' blijft. Soepeler omdat het ziekenhuis meer brandbreedte heeft om tot een passende en bevredigende oplossing te komen. Bij dit laatste kan bijvoorbeeld gedacht worden aan coulance betalingen of tegemoetkomingen in andere vormen dan geld zoals het aanbieden van ergotherapie. Ook wordt gesteld dat ziekenhuizen wellicht geneigd zullen zijn zich wat ruimhartiger op te stellen omdat met een snelle en soepele afwikkeling de kosten van deskundigen en buitengerechtelijke kosten vermeden kunnen worden. Overigens ervaren sommige deelnemers dat emotioneel getinte principes aan de zijde van de arts of het ziekenhuis soms in de weg staan aan een open gesprek of het zoeken naar een meer pragmatische oplossing zoals het doen van een coulancebetaling (" wij gaan niet praten of betalen als we niks fout hebben gedaan.").

Opgemerkt wordt voorts dat door ziekenhuizen de goede afwikkeling van incidenten ook vanuit een perspectief van *public relations* kan worden beschouwd. Een instelling die aannemelijk maakt dat zij ook als de behandeling niet volgens verwachting verloopt haar verantwoordelijkheid neemt, onderscheidt zich in gunstige zin.

Een ziekenhuisbestuurder meldt dat in zijn ziekenhuis inmiddels enig jaren ervaring is opgedaan met het zelf afdoen van claims (het ziekenhuis heeft momenteel een eigen risico van € 400.000, - per jaar). Zij zijn daar (zeer) positief over. Om dit zelf afdoen mogelijk te maken was wel vereist dat het ziekenhuis van verzekeraar wisselde. Het was voor de oude verzekeraar niet bespreekbaar.
Een bijzondere casus betreft in dit verband de metaal-op-metaal-heupprothese-affaire. Door problemen met dit type prothese dienden in een aanzienlijk aantal gevallen (meer dan 100) revisie-operaties te worden uitgevoerd. Het ziekenhuis is momenteel met producent in een juridisch debat verwikkeld over de aansprakelijkheidsvraag, een debat dat als gevolg van lastige bewijskwesties nog jaren kan voortduren. Het ziekenhuis heeft besloten de uitkomst van dit debat niet af te wachten en is, 'een beetje tegen het advies van de juristen in', overgegaan tot het betalen van schadevergoeding aan gedupeerde patiënten. Het ziekenhuis heeft in dat kader een jurist ingeschakeld om aan te geven wat in de verschillende categorieën van gevallen als een redelijk schadevergoedingsbedrag heeft te gelden. Voor de afwikkeling heeft men een schaderegelingsbureau ingeschakeld. De meeste schades waren binnen 6 maanden afgewikkeld. Daarbij

is overigens geen sprake van een vaststellingsovereenkomst. De enige 'voorwaarde' die aan de betaling was verbonden is dat als er in een eventuele later procedure door een rechter een hoger bedrag zal worden toegekend, door het ziekenhuis het verzoek zal worden gedaan het reeds uitgekeerde bedrag als een voorschot te beschouwen.

Overigens kan ook de medisch verzekeraar zelf een (meer) actieve rol spelen. Een medische aansprakelijkheidsverzekeraar heeft recentelijk in de Maasstadziekenhuis-affaire besloten patiënten eigener beweging te benaderen en snel tot vergoeding over te gaan. 'Nog voordat de aansprakelijkheid erkend was het grootste deel van de schades behandeld en betaald'. Deze gang van zaken kan gezien worden als 'illustratief voor het 'nieuwe denken', aldus een vertegenwoordiger van deze verzekeraar.

De vraag wordt opgeworpen wat in dit verband onder 'kleinere zaken' moet worden verstaan. Een claimbehandelaar heeft de indruk dat zaken die (zeer) lang lopen ook over de grootste bedragen gaan (en dat dus de zaken waarin de meeste 'winst' te behalen valt niet als kleinere zaken zijn te beschouwen). Een deelnemende rechter heeft echter de indruk dat partijen (te) weinig aandacht besteden aan wat de zaak in financiële zin 'waard' is. Er wordt in de praktijk geregeld een topzware procedure opgetuigd terwijl het uiteindelijk om relatief geringe bedragen blijkt te gaan. Geen van de partijen lijkt daar in een eerdere fase voldoende aandacht aan te hebben besteed. Dit beeld wordt bevestigd door diverse andere deelnemers. Uit kostenoverwegingen krijgt de begroting van de schade geen prioriteit.

Of en in hoeverre een afdoening van claims door het ziekenhuis zelf op een verantwoorde wijze gerealiseerd zal kunnen worden zal van een aantal factoren afhankelijk zijn. Zo zal de omvang van het ziekenhuis en het jaarlijks aantal claims een rol spelen. Een klein ziekenhuis heeft minder mogelijkheden om de vereiste juridische expertise 'in huis te halen' dan een groot ziekenhuis. Een vertegenwoordiger van een medische aansprakelijkheidsverzekeraar benadrukt dan ook dat de behoefte van het ziekenhuis leidend dient te zijn. In lijn hiermee worden door deze verzekeraar diverse eigen risico's gehanteerd, variërend van geen eigen risico tot € 50.000,- of een maximum bedrag per jaar.

Voorts kan er een zekere spanning ontstaan tussen de doelstellingen van een snelle en soepele schadeafwikkelingen en die van een zorgvuldige en met voldoende waarborgen omklede procedure. Deze spanning wordt groter naarmate de (financiële) belangen van partijen groter worden. Dit kan de behoefte aan het oordeel van een onafhankelijk deskundige doen toenemen. Zo

stelt een deelnemende claimbehandelaar die zelf claims tot € 5000,- afwikkelt dat haar inschatting van een zaak doorgaans 'globaler' is dan die van de verzekeraar, maar de zaak is vaak wel in drie weken afgewikkeld, dit tot grote tevredenheid van de patiënt. Zij geeft de patiënt daarbij overigens wel expliciet te kennen dat het 'een aanbod zonder uitgebreid onderzoek' betreft. Als er bepaalde twijfels zijn over de visie van de voor het incident verantwoordelijke arts wordt het oordeel van de vakgroepvoorzitter gevraagd. Bij grotere belangen zou ze behoefte hebben aan extern oordeel, bijvoorbeeld van een hoogleraar in het betreffende vakgebied.

Ook een vertegenwoordiger van een verzekeraar wijst op dit spanningsveld. Als ziekenhuizen besluiten zaken zelf te gaan afwikkelen raken ze 'een extra paar ogen en hersenen' kwijt. In zijn beleving zijn ziekenhuizen op zich goed in staat te beoordelen of er een fout is gemaakt. Voor het vaststellen van het causaal verband en de begroting van de schade ligt dit echter anders. Een deelnemende letselschadeadvocaat hecht ook aan het beeld dat een derde in de vorm van een verzekeraar op enige afstand de zaak afdoet. In ieder geval is hij van mening dat in gevallen waarin het ziekenhuis claims zelf afdoet, van het sluiten van een vaststellingsovereenkomst af zou moeten worden gezien. Dit geldt in het bijzonder als de patiënt zich niet heeft laten bijstaan door een belangenbehartiger.

Overigens laten zich naast afdoening door de instelling zelf als gevolg van een hoger eigen risico nog andere mogelijkheden denken om de rol van de zorginstelling bij het afdoening te vergroten. Zo zou er voor gekozen kunnen worden om in het contact met de patiënt het ziekenhuis het aanspreekpunt te laten blijven, en noodzakelijk overleg tussen ziekenhuis en verzekeraar achter de schermen te laten plaatsvinden. Volgens een aanwezige claimbehandelaar draait het in dit verband vooral om een goede verstandhouding tussen claimbehandelaar van het ziekenhuis en de verzekeraar. Het zou vanzelfsprekend interessant zijn om doorloopsnelheden te vergelijken tussen zelf afdoen en afdoening door de verzekeraar, maar die gegevens zijn niet beschikbaar. Een vertegenwoordiger van een medische aansprakelijkheidsverzekeraar hecht er in dit verband aan te benadrukken dat cijfers uitwijzen dat bij verzekeraars, mede onder invloed van de GOMA, sprake is van teruglopende doorlooptijden. 78% van de zaken zou inmiddels binnen 2 jaar zijn afgewikkeld.

Een andere medische aansprakelijkheidsverzekeraar heeft met bepaalde ziekenhuizen periodiek overleg waarin nieuwe zaken worden besproken. Er wordt dan een financiële impactinschatting gemaakt op 'worst case' basis. Op basis van deze inschatting wordt bepaald of het ziekenhuis de zaak zelf mag

afwikkelen. In een volgend periodiek overleg worden deze zaken opnieuw doorgesproken. Het komt zelden voor dat er verschil van inzicht bestaat tussen ziekenhuis en verzekeraar over de juistheid van de handelswijze van het ziekenhuis.

8) Wat zijn uw gedachten over de wenselijkheid van een geschillencommissie, de samenstelling van een geschillencommissie en de wijze waarop men de vertegenwoordiging van de benodigde medische specialismen kan bewerkstelligen?

Toelichting
Achtergrond van deze vraag is dat het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg voorziet in de verplichting van ziekenhuizen zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie voor claims tot € 25.000,-. Een belangrijk voordeel van een dergelijke commissie lijkt gelegen in het feit dat medische en juridische deskundigheid geïntegreerd zijn (zoals dat bijvoorbeeld ook het geval is bij de bestaande Geschillencommissie Zorginstellingen). Dat maakt snellere besluitvorming mogelijk. De jurist en de medicus kunnen in de geschillencommissie heel direct met elkaar in gesprek, terwijl de civiele rechter met de externe deskundige een minder rechtstreekse relatie heeft. Een belangrijke praktische vraag is hoe men de diverse specialismen aan de geschillencommissie zou kunnen liëren.

De gedachte dat het integreren van medische en juridische deskundigheid in één geschilbeslechtende instantie belangrijke voordelen kan bieden in termen van een snellere besluitvorming, alsmede het voorkomen van verharding tussen partijen wordt onderschreven. Een van de deelnemers heeft in haar dubbelrol als raadsheer van een hof en tuchtrechter ervaring met zowel het civiele proces als het tuchtrecht. Zij ervaart dat letselschade procedures steeds vaker verworden tot langdurige en kostbare schaduwprocedures tussen deskundigen. Een belangrijke oorzaak is gelegen in het feit dat de rechter zelf niet medisch deskundig is en niet – zoals in het tuchtrecht wel het geval is- direct in gesprek kan met een deskundige. Door de rechter op dit vlak meer ondersteuning te bieden valt veel winst te behalen. Door medische expertise onderdeel te maken van de geschilbeslechtingsinstantie zelf kan je het ook 'uit de ruziesfeer halen'. Het is dan wel cruciaal dat er voldoende vertrouwen bestaat in de aan de geschilbeslechtingsinstantie verbonden deskundigen. Dit impliceert dat de daarvoor in aanmerking komende artsen een bepaalde statuur hebben.

Mocht de limiet worden opgetrokken tot € 25.000,- (zoals voorzien in het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg) dan zal dat – gezien de grotere financiële

belangen die op het spel staan (de huidige geschillencommissie zorginstellingen oordeelt slechts over claims tot € 5000,-) - de noodzaak met zich meebrengen om te gaan werken met deskundigen gespecialiseerd op het vakgebied in kwestie. In dit verband is een belangrijke vraag hoe de vereiste deskundigheid gemobiliseerd zou kunnen worden.

Opvallend in dit verband is dat de mobilisatie van deskundigen in het tuchtrecht in de praktijk geen probleem lijkt. Specialisten zijn in deze context beried om op korte termijn en zonder bezoldiging als deskundige op te treden, aldus een aanwezige secretaris van een medisch tuchtcollege. Dit houdt vermoedelijk verband met de status die het tuchtcollege bij de beroepsgroep heeft. Specialisten worden door hun beroepsvereniging afgevaardigd om als deskundige in de tuchtprocedure op te treden. Dat wordt beschouwd als een erefunctie (zonder bezoldiging). In een civiele procedure moet de griffier of rechter zelf op zoek naar een geschikte deskundige en lang niet alle in aanmerking komende deskundigen zijn bereid om in een dergelijke procedure als deskundige op te treden.

De vaststelling dat de beschikbaarheid van medisch-inhoudelijke deskundigheid in het tuchtrecht beter georganiseerd lijkt dan in de bestaande Geschillencommissie Zorginstellingen of civiele procedure roept tevens de vraag op of dit punt bepaalde verbanden zijn te leggen. Zo stelt een deelnemer dat 'het tot het metier van de in de tuchtcolleges zitting hebbende rechters behoort om ook schade te regelen.' Wellicht zou voor de toekomstige geschillencommissie op basis van het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg iets soortgelijks als de bestaande praktijk in het tuchtrecht gerealiseerd kunnen worden, met soortgelijke achterliggende pools van deskundigen vanuit de wetenschappelijke verenigingen. Het lijkt in dit verband in ieder geval verstandig deze wetenschappelijke verenigingen vroegtijdig deelgenoot te maken van het probleem.

Een deelnemer acht het ook van ook van belang om met gespecialiseerde rechters te werken, dit om de acceptatie van de uitspraken te vergroten. Dit is in het bijzonder van belang als een dergelijke commissie meer speelruimte wordt gelaten om tot zijn oordeel te komen dan in het gemene civiele recht.

Overigens zou de integratie van medische en juridische deskundigheid in één geschilbeslechtende instantie ook in het bestaande civiele procedure gerealiseerd kunnen worden in de vorm van een op te richten gespecialiseerde (nationale) kamer (naar analogie van bijvoorbeeld de Pachtkamer). Daartoe zou echter wel een wetswijziging vereist zijn.

Tenslotte wensen sommige deelnemers te benadrukken dat het integreren van medische expertise in een geschillencommissie (of ander geschilbeslechtende instantie) nog niet zou moeten betekenen dat een partij niet zijn eigen deskundige zou mogen opvoeren. Het ontzeggen van deze mogelijkheid zou juist afbreuk doen aan het vertrouwen in een dergelijke bijzondere procedure.

9) Wat zijn uw gedachten over mediation in medisch zaken?

Toelichting
Mediation lijkt in zaken van medische aansprakelijkheid nog niet erg wijdverbreid is, dit terwijl mediation in medische aansprakelijkheidszaken vruchtbaar zou kunnen zijn, omdat voor de menselijke verhoudingen in mediation meer aandacht bestaat. Als op de automatische piloot wordt doorgeschakeld naar discussies over schadevergoeding en juridisering kunnen de achterliggende behoeftes en belangen al snel uit het zich raken.

De algemene indruk is dat er nog te weinig gebruik wordt gemaakt van mediation in medische zaken. Een van de deelnemers vraagt zich af hoe mediation zich verhoudt tot de praktijk zoals die door de letselschadekamer in Den Haag wordt gehanteerd en welke meerwaarde mediation in dat verband heeft. Het verschil is in essentie dat bij mediation partijen zelf tot een oplossing komen. De meerwaarde is o.a. gelegen in het feit je bij mediation minder beperkt bent in je oplossingsrichtingen en bovendien ook met één partij kan onderhandelen. Daarnaast teken je bij mediation voor vertrouwelijkheid. Dat schept de beste condities voor het ontstaan van een open gesprek waarin verstandhoudingen genormaliseerd kunnen worden (en de vertrouwensbanden hersteld).

Mediation lijkt bij uitstek geschikt voor (onzekere) toekomstige schades (denk aan schade van een kind). De uitkomst kan in die gevallen ook neerkomen op procedureafspraken. De checklist van NVMV (Nederlandse Vereniging van Mediators in de Verzekeringsbranche) kan behulpzaam zijn bij het bepalen of een zaak geschikt is voor mediation.

Een vertegenwoordiger van een medische aansprakelijkheidsverzekeraar erkent dat ze te weinig gebruik maken van mediation. Wel is zij van mening dat nagedacht moet worden over de bekostiging. Zij stelt dat een bijdrage van het slachtoffer van belang is om voldoende commitment te waarborgen. Geen van de andere aanwezigen steunt echter deze aanname. Deelnemers die veel ervaring hebben met mediation hebben nog nooit een gebrek aan commitment aan de

zijde van het slachtoffer ervaren. Ook kan gewezen worden op onderzoek waaruit blijkt dat ook gedwongen mediation gunstige effecten heeft. Bovendien zal het opwerpen van een financiële drempel slachtoffers mogelijk ook te spoedig naar andere instanties zoals de geschillencommissie leiden. Afgaande op de stelling van een deelnemende mediator dat zij gemiddeld tussen de 10 en 15 uur kwijt is aan een bemiddeling lijken ook de kosten, afgezet tegen de besparingen, zonder meer voor een grotere rol voor mediation te pleiten

10) Ziet u nadere mogelijkheden tot verbetering van de afdoening van letselschadezaken door de civiele rechter?

Toelichting
De grote meerderheid van de medische aansprakelijkheidszaken wordt zonder betrokkenheid van de rechter ('buiten rechte') afgedaan. Alleen in de meest problematische gevallen komt het tot een gerechtelijke procedure. In dat besef zijn de afgelopen jaren in de civiele procedure belangrijke veranderingen doorgevoerd. Voorbeelden daarvan zijn de zogenaamde deelgeschillenregeling en de 'meervoudige comparitie'. De vraag is of er binnen het procesrechtelijke kader gedaan is wat er te doen valt, of dat nog meer verbeteringen mogelijk zijn.

Door de diverse deelnemers werden de volgende punten naar voren gebracht:

- Deskundigen horen op zitting. De veronderstelling is dat artsen gemakkelijker 'tegen elkaar inschrijven' dan dat zij in een persoonlijke confrontatie een andere arts tegenspreken. Daarbij is het wel van belang dat de rechter zelf voldoende deskundig is; hij moet weten wat te vragen. Om dit te bewerkstelligen is voldoende zaakaanbod nodig in combinatie met vrijstelling voor specialisatie.
- Een deelnemende rechter maakt partijen ook wel eens zelf verantwoordelijk voor het deskundigenonderzoek, in de zin dat op de zitting wel consensus wordt bereikt over wie de deskundige zal zijn en wat de vraagstelling zal zijn. Dat versnelt het proces
- Een vertegenwoordiger van een medische aansprakelijkheidsverzekeraar haalt 6 punten aan uit recente bijeenkomst bij de Amsterdamse rechtbank aan. Vastgesteld wordt dat al deze punten grosso modo toepassing vinden in de Haagse letselschadekamer.
- Het opzetten van een nationale letselschadekamer. Dat vereist echter wel een wetswijziging. De voordelen die met een nationale letselschadekamer bereikt kunnen worden kunnen (deels) ook door samenwerking gerealiseerd worden. Dat gebeurt in de praktijk ook.

- Het zou helpen als partijen eerder in het proces nadenken over de financiële zwaarte van de zaak. Dit is namelijk medebepalend voor wat mogelijk is in termen van het bereiken van een schikking, etc. ('je kan dan kortere wegen bewandelen'). In de praktijk worden partijen niet zelden pas expliciet op dit punt als de rechter er naar vraagt. Dit is deels te verklaren uit het feit dat zolang de aansprakelijkheid niet erkend is de patiënt zijn gemaakte kosten niet op de wederpartij kan verhalen en het vaststellen van de schade kost ook geld. Een deelnemende ouder van een kind dat slachtoffer is geworden van medische fout stelt dat hij 25% van de het uitgekeerde bedrag aan juridische kosten is kwijt geweest. Het was voor hem noodzakelijk om meerdere keren de hypotheek op zijn huis te verhogen om dit te kunnen blijven bekostigen.

4.4 Expertmeeting deel III ´psycho-sociale opvang'

11) Aan welke psycho-sociale opvang hebben slachtoffers van een onbedoelde medische fout behoefte en door wie zou deze opvang aangeboden kunnen worden?

Toelichting
Psychologen beschouwen een medisch incident met ingrijpende gevolgen als een schokkende of soms zelfs traumatische gebeurtenis. De grote meerderheid van de mensen kan een dergelijke gebeurtenis goed zelf verwerken. Een minderheid wordt 'psychisch ziek'; ontwikkelt PTSS, raakt depressief, verslaafd of anderszins ontregeld. Ook op een wat minder dramatisch niveau kan een medisch incident zwaar op de patiënt drukken. Er is een administratieve belasting, er is onbekendheid met de juridische dimensie en er zijn andere praktische kwesties. De vraag is hoe de patiënt hierin zoveel mogelijk kan worden geholpen.

De tweede vraag is meteen wie de patiënt hierin het beste kan helpen. Wat het aanbod vanuit het ziekenhuis betreft, is met name de klachtenfunctionaris van belang. In de betrokkenheid van de klachtenfunctionaris ten behoeve van de patiënt kunnen, zoals die de onderzoekers voor ogen staat, de volgende vier activiteiten kunnen onderscheiden:
1) communicatie;
2) regie over 'open disclosure';
3) bemiddeling:

4) praktische bijstand.
De klachtenfunctionaris lijkt niet echt iemand te zijn die 'naast' de patiënt gaat staan en hem met raad en daad ter zijde staat. De hulp van de klachtenfunctionaris zal zich over het algemeen sterk concentreren rond het incident; hij staat daardoor wat meer op afstand. Het kan zijn dat de patiënt wel behoefte heeft aan iemand die er echt 'voor hem is'. Niet alleen de 'morele steun' van de klachtenfunctionaris zal beperkingen hebben, ook de praktische steun zal beperkt zijn. De klachten-functionaris zal kunnen helpen met het opstellen van een brief met een verzoek tot schadevergoeding, maar verder zal zijn bemoeienis niet gaan. Behoefte aan nadere steun kan er wel zijn, omdat met name bij ernstiger medisch incidenten de administratieve rompslomp en andere logistieke hindernissen aanzienlijk kunnen zijn. De klachtenfunctionaris zal in sommige gevallen minder geschikt zijn om mogelijke juridische wegen en verwachtingen omtrent het juridische mee te bespreken. Als gezegd is een ernstig medisch incident een traumatische gebeurtenis waar in psychisch opzicht niet iedereen zelfstandig van herstelt. Waar werkelijk psychologische bijstand geboden is, zal de klachtenfunctionaris kunnen door-verwijzen. De vraag is of er behoefte bestaat aan een specifieke type psychologische bijstand na een medisch incident.

De onderzoekers hebben zich afgevraagd of de casemanager die Slachtofferhulp Nederland bij geweldsdelicten kan inzetten, ook in het kader van ernstige medische incidenten dienstbaar kan zijn. De bestaande casemanagers staan wel 'naast' de mensen, helpen met praktische kwesties en kunnen algemene informatie over de juridische kant van de zaak geven. Zij kunnen bovendien tot op zekere hoogte psychologische ondersteuning bieden. Zij kunnen de patiënt het gevoel van werkelijke 'bijstand' geven dat moeilijk van de klachtenfunctionaris verlangd kan worden. Voor zover de onderzoekers het nu kunnen overzien, wordt de bijstand die de casemanager zou kunnen verlenen, nog niet door andere partijen aangeboden. Zorgbelang Nederland treedt wel op voor patiënten na incidenten, maar het beeld dat de onderzoekers hebben is dat hun bijstand meer op het incident is gespitst, en zich minder uitstrekt tot steunverlening aan de patiënt in het algemeen. Er is ook het Bemiddelingsloket van de Letselschaderaad. De jurist van het Bemiddelings-loket analyseert de zaken, hoort alle partijen aan en geeft advies welke conflictoplossing het meest passend is. Het Bemiddelingsloket gaat evenwel niet in op de inhoud van de zaak en komt ook niet bij de patiënt thuis.

Men is van mening dat er drie domeinen te onderscheiden zijn waarbij slacht-offers van medische fouten extra hulp of ondersteuning behoeven. Namelijk op praktisch, juridisch en op psychologisch gebied. In de praktijk kan het voorkomen dat klachtenfunctionarissen slachtoffers doorverwijzen naar maatschappelijk werk om te zorgen dat een slachtoffer extra ondersteuning op

een van deze gebieden ontvangt. Het verschilt echter per instelling of ziekenhuis of dit daadwerkelijk in de praktijk gebeurt; kortom het is geen standaardpraktijk. Belangrijk om te weten over begeleiding in de vorm van maatschappelijk werk is dat deze in de praktijk enkel bestaat uit een aantal gesprekken om de gedupeerde weer op weg te helpen. Men is het erover eens dat een integrale aanpak en een bijbehorend aanbod van hulpverlening aan slachtoffers van medische fouten in het huidige systeem ontbreekt.

Een casemanager van Slachtofferhulp Nederland (hierna SHN) geeft aan dat ondersteuning op alle drie de domeinen tegelijk (praktisch, juridisch, psychologisch) heel belangrijk is. Het is echter ook een hele uitdaging om hulp en ondersteuning op alle drie de domeinen tegelijk aan te bieden en samen te laten werken. Bij SHN werken ze met grote tevredenheid met casemanagers; bij hen functioneert een casemanager als richtingwijzer, regievoerder en tevens als begeleider en uitvoerder voor de hulpbehoevenden. Dit maakt een casemanager uniek ten opzichte van andere hulpverleners. In de huidige praktijk gaat een casemanager bij SHN eerst heel praktisch aan de slag, maakt een stressanalyse en zorgt ervoor dat men niet meer 'van het kastje naar de muur' wordt gestuurd. Men krijgt dus één enkel aanspreekpunt. De ervaring leert SHN nu dat slachtoffers van een geweldsdelict, een zedendelict en/of nabestaanden die begeleid worden door een casemanager aangeven dit heel belangrijk en prettig te vinden. Hiernaast vindt de dienstverlening bij de slachtoffers thuis plaats. Er wordt op deze manier voorzien in de verschillende specifieke behoefte van het slachtoffer. Hiernaast is het de kracht van casemanagers dat ze door hun manier van werken hun expertise steeds verder uitbreiden en ontwikkelen wat weer ten goede komt aan de dienstverlening aan de specifieke groep van slachtoffers.

Opgemerkt wordt dat de vorm van de psycho-sociale opvang wellicht aangepast moet worden aan de grootte van de groep slachtoffers die behoefte zal hebben aan verdere hulp en ondersteuning. Het aantal slachtoffers van medische fouten dat op jaarbasis behoefte zal hebben aan verdere psychologische hulp of ondersteuning is moeilijk in te schatten. Bij praktische uitvoering van het idee zullen onder andere het aantal slachtoffers dat gebruik wil maken van deze dienst en de financiering aan de orde moeten komen.

Geopperd wordt dat de huisarts over het algemeen een poortwachterfunctie vervult met betrekking tot doorverwijzingen bij mogelijke hulpvragen en wat de rol van de huisarts hierin zou kunnen zijn. De huisarts is inderdaad het 'doorverwijsloket'; de ervaringen uit de praktijk die naar voren komen zijn vooral gevallen waarin men meerdere malen doorverwezen wordt naar

verschillende partijen (‘van het kastje naar de muur’). Hier lijkt niet de ideale oplossing te liggen.

De verantwoordelijkheid van het ziekenhuis komt ook aan bod. Men vraagt zicht af tot op welke hoogte het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de psycho-sociale opvang van slachtoffers van medische fouten. Duidelijk wordt dat klachten-functionarissen deze psycho-sociale steun voor zover mogelijk bieden. Hierna stopt de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Dit laat een gat open voor de extra psycho-sociale opvang en begeleiding waar slachtoffers wel behoefte aan hebben.

Een klachtenfunctionaris beschrijft drie verschillende groepen slachtoffers uit de praktijk: 1) een arts heeft volgens de patiënt iets verkeerds gedaan, de arts geeft dit niet toe. Vervolgens vindt er een goed gesprek ter opheldering plaats en dit is voldoende voor de patiënt; 2) een complicatie, er is tijdens een medische ingreep iets verkeerd gegaan maar niet verkeerd gedaan. De patiënt start een aansprakelijkheidsprocedure; 3) een medische fout, er is tijdens een medische ingreep iets verkeerds gegaan én verkeerd gedaan. De ervaring van de klachten-functionaris heeft geleerd dat de tweede groep het ‘lastigst’ te helpen is aangezien dit slepende zaken betreffen waarvan de aansprakelijkheid meestal niet wordt toegekend en soms na 10 jaar alsnog beslecht worden. Dit is een belangrijk element in de verdere hulpverlening aangezien het slachtoffer in een strijd verwikkeld is met een verzekeraar. Niet duidelijk is of hij werkelijk slachtoffer van een medische fout is.

Besproken wordt of het ‘casemanager-model’ zoals gehanteerd bij SHN een geschikt model is voor de psycho-sociale opvang van slachtoffers van medische fouten. Het oordeel hierover is positief; een medewerker van SHN geeft aan dat casemanagers bij SHN werken met hetzelfde slachtofferprofiel als men verwacht van slachtoffers van medische fouten. Een casemanager van SHN vertelt dat ze werken met een selectietool om geschikte slachtoffers van zedendelicten te selecteren die in aanmerking komen voor begeleiding van een casemanager; dit betreft namelijk een groep slachtoffers die hulp behoeven op meerdere deelgebieden zoals financiën, juridisch, sociaal netwerk, praktisch. Slachtoffers die buiten het bereik van de selectietool vallen worden via de reguliere voorzieningen geholpen. Hiernaast worden potentiële kandidaten alvorens aan de slag te mogen als casemanager onderworpen aan een assessment, ze moeten bijvoorbeeld naast een HBO achtergrond op het gebied van sociale, maatschappelijke of juridische dienstverlening beschikken over goede communi-catieve vaardigheden, overstijgend kunnen denken is ook belangrijk en een ruime praktijkervaring.

Als antwoord op de vraag wie of welke partij de psycho-sociale opvang van slachtoffers het beste zou kunnen verzorgen zijn een elftal belangrijke criteria achtereenvolgens naar voren gekomen. Idealiter zou de betreffende hulpverlenende partij voor slachtoffers van medische fouten aan al deze eisen moeten voldoen.

1. *Onafhankelijkheid* (van het ziekenhuis): psycho-sociale hulp moet worden geboden door een partij die los staat van het ziekenhuis. Over het algemeen ligt de eerste rol op het gebied van opvang van een slachtoffer bij de klachtenfunctionaris, en deze is natuurlijk verbonden aan een ziekenhuis. De klachtenfunctionaris is er voor de patiënt én voor de arts. Indien een slachtoffer hierna(ast) behoefte heeft aan verdere hulp of ondersteuning is een externe partij die niet gelieerd is aan het ziekenhuis gewenst. In de praktijk vinden patiënten deze onafhankelijkheid erg belangrijk merkt een klachtenfunctionaris op. Besproken wordt in hoeverre het 'casemanager model' zoals gehanteerd bij SHN hierin zou passen. Het verschil tussen een klachtenfunctionaris en een casemanager ligt erin dat een casemanager er echt alleen voor de patiënt is. Een klachtenfunctionaris is hiertegen onpartijdig en heeft de rol van een mediator. Nauwe samenwerking in de vorm van een 'tandemfunctie' tussen de onafhankelijke casemanager en de aan een ziekenhuis verbonden klachtenfunctionaris heeft de voorkeur voor een goede selectie en doorverwijzing van geschikte zaken.

2. *Beschikbaar voor een lange termijn*: in verband met de mogelijke complexe en/of slepende zaken die voor kunnen komen bij slachtoffers van een medische fout is het wenselijk dat de opvang en hulpverlening voor een langere periode aangeboden kan worden. Het is hierbij vereist dat de partij die deze psycho-sociale hulp aanbiedt een ruime ervaring heeft in de begeleiding van slachtoffers die betrokken zijn bij een complexe zaak met een lange nasleep.

3. *Landelijk dekkend netwerk*: besproken wordt dat er momenteel geen organisatie is die landelijk en uniform psycho-sociale opvang aanbiedt aan slachtoffers van medische fouten. Het lijkt zeer wenselijk om voor de psycho-sociale opvang een landelijke uniforme aanpak te eisen. Hiermee hangen kwaliteitseisen samen welke in elke regio hetzelfde dienen te zijn.

4. *Kennis van medisch tuchtrecht*: het is onontbeerlijk dat de partij die de opvang en hulpverlening aan slachtoffers van medische fouten aanbiedt,

kennis heeft op het domein van het medisch tuchtrecht. Mogelijk moet hiervoor een training voor hulpverleners ontwikkeld worden. Op het domein van medisch tuchtrecht kunnen bij slachtoffers van medische fouten de volgende procedures ter sprake komen en mogelijk zelfs door elkaar lopen: tuchtprocedures, civiele procedure, klachtenprocedures bij het ziekenhuis, keuze voor een belangenbehartiger, etc. Dit hangt ook samen met de bij punt 2 genoemde complexe en langlopende rechtszaken. Een casemanager van SHN geeft aan dat een sociaal juridische achtergrond van de hulpverlener noodzakelijk is om deze werkzaamheden goed uit te voeren. In de huidige praktijk worden de casemanagers bij SHN bijvoorbeeld intern, naast de standaard scholing tot casemanager, ook juridisch geschoold. Hiernaast heeft SHN een aantal strafrechtjuristen in dienst voor zeer specifieke kennis op dit gebied.

5. *Wetenschappelijk onderzoek*: begeleidend wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk om de werkzaamheid van de aanbevolen psycho-sociale opvang van slachtoffers van medische fouten te kunnen bepalen. SHN heeft hier ervaring mee, waarbij tijdens de pilotfase medewerkers van een onderzoeksbureau bijvoorbeeld maandelijks de projectgroepvergadering bijwoonden. Door deze samenloop van onderzoek naast praktijk kunnen makkelijk aanpassingen op allerlei gebieden gemaakt worden om de beoogde effectiviteit te vergroten.

6. *Goede sociale kaart en netwerk*: besproken wordt dat een goede sociale kaart inclusief een uitgebreid netwerk met alle grote betrokken organisaties vereist is in verband met het correct doorverwijzen naar het juiste loket van hulpzoekenden. Het is wenselijk een groot landelijk netwerk op te bouwen (zoals SHN) in plaats van enkel een regionale netwerk om kwaliteitsverschillen en subculturen per regio te voorkomen. Een casemanager van SHN geeft aan dat je dit netwerk uiteraard ook intensiveert en uitbreidt tijdens het uitvoeren van het werk.

7. *Legitimiteit*: het wordt zeer belangrijk geacht dat de partij die de opvang en hulpverlening aan slachtoffers van medische fouten zal aanbieden, legitimiteit en bekendheid heeft bij belangrijke partijen in het veld (te denken valt aan grote verzekeraars, etc.). Dit is noodzakelijk bij het uitvoeren van praktische zaken door een hulpverlener (bijvoorbeeld een zakelijk telefoontje naar de verzekeraar) ter ondersteuning van het slachtoffer van een medische fout.

8. *Uniformiteit en maatwerk*: gezien de grote diversiteit in de omstandigheden bij slachtoffers van medische fouten (bijv. mogelijke complicatie vs. een fout, aansprakelijkheid wel of niet erkend, etc.) is het werken met protocollen onmogelijk, maar het maakt maatwerk per slachtoffer noodzakelijk.

9. *Ervaring van de hulpverlener*: het is belangrijk dat de hulpverleners ruime ervaring hebben in het veld, vooral met verschillende groeperingen uit alle lagen van de bevolking aangezien een medische fout iedereen kan overkomen (denk bijvoorbeeld aan ervaring met slachtoffers met verschillende culturele achtergrond, etc.).

10. *Omgang met de media*: in verband met mogelijke media aandacht (denk aan het tv-programma Missers) is kennis over omgang met de media wenselijk voor de partij die belast wordt met de psycho-sociale opvang van slachtoffers van medische fouten.

11. *Gefaseerd uitrollen over Nederland*: besproken wordt hoe het 'casemanager model' zoals gehanteerd bij SHN eventueel opgezet kan worden voor slachtoffer van medische fouten. Het opzetten van casemanagers bij slachtoffers van zware delicten en levensdelicten zag er als volgt uit: SHN is in samenwerking met een onderzoeksbureau begonnen met een pilot van casemanager bij deze slachtoffergroep binnen drie pilotregio's. Hierna is dit aanbod in 3 fasen uitgerold over heel Nederland; dit was essentieel voor een succesvolle opbouw van het netwerk en de uitvoering van de hulpverlening. Hiernaast bleek het belangrijk om een centraal casemanager aanmeldpunt op te stellen (centraal 0900 nummer).

4.5 Lijst van deelnemers van de expertmeetings

1e en 2de Expertmeeting 'opvang en schadeafwikkeling na een medisch incident' van 27 augustus 2012

- Mevr. L. Angenent (secretaris klachtencommissie, Erasmus MC)
- Ch. van Dijk (advocaat Kennedy van der Laan advocaten)
- Mevr. G. Kloppers-Hozee (klachtenfunctionaris Reinier de Graaf Groep Delft)
- Mevr. W. Kool (jurist medische zaken/claimbehandelaar, LUMC)
- J. de Kruijf (vader van een kind dat slachtoffer is van een medisch incident, auteur van 'Artsen zijn ook maar mensen')
- F. Kurek (orthopedisch chirurg Flevoziekenhuis, tevens lid klachtencommissie)
- Mevr. J. van de Laar (advocaat/mediator, Beer Advocaten)
- R. Thieme Groen (bestuurder ISALA klinieken)
- Mevr. C. van de Velde (gezondheidswetenschapper)
- P. Verbeek (raadsheer Hof Den Haag)
- Mevr. R. Wijne (docent en onderzoeker UVA, tevens secretaris medisch Tuchtcollege)
- Mevr. M. van der Zwan (directeur Medirisk)
- A.M. Meinders (emeritus hoogleraar en bemiddelaar voor het LUMC)

3de en 4de Expertmeeting 'opvang en schadeafwikkeling na een medisch incident' van 10 september 2012

- J. Beer (advocaat Beer advocaten)
- Mevr. K. Broekman (jurist/claimbehandelaar Flevoziekenhuis)
- Mevr. R. Dozy (raadsheer Hof Arnhem)
- Mevr. M. Jager (kinderarts, medisch specialist patiëntveiligheid, Jeroen Bosch Ziekenhuis Den Bosch)
- A. Roobol (voorzitter Klachtencommissie Flevoziekenhuis)
- Mevr. M. Roosink (moeder van een kind dat slachtoffer werd van een medisch incident)
- mevr. M. Ebbeling (patientencontactpersoon Hagaziekenhuis Den Haag)
- A. Santen (manager personenschade Centramed)
- Mevr. I. Vermeulen-Mulders (klachtenfunctionaris Elkerliekziekenhuis)

5e Expertmeeting ‘psycho-sociale opvang van slachtoffers van medische incidenten´
van 18 oktober 2012

- Mevr. S Leferink (senior beleidsmedewerker en onderzoeker, Slachtofferhulp Nederland)
- Mevr. D. Peters (casemanager van levens- en zedendelichten, Slachtofferhulp Nederland)
- P. van der Velden (senior onderzoeker en tevens expert op het gebied van trauma en veerkracht, Instituut voor Psychotrauma)
- Mevr. K. Vink (klachtenfunctionaris ziekenhuis Tjongerschans Heerenveen)

5. Aanbevelingen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden op basis van de voorgaande literatuurstudie, de patiënteninterviews en de expertmeetings aanbevelingen gedaan tot verbetering van de positie van de patiënt na een ernstig medisch incident. Die aanbevelingen gaan vergezeld van een toelichting. In die toelichting wordt verwezen naar eerdere delen van het rapport.
Alvorens tot de individuele aanbevelingen over te gaan, wordt hierna een aantal inleidende opmerkingen gemaakt.

5.1.1 Uitgangspunten ontleend aan eerdere hoofdstukken

Bij het formuleren van de aanbevelingen heeft een aantal aan de eerdere hoofdstukken ontleende uitgangspunten centraal gestaan. In deze paragraaf worden die uitgangspunten geschetst.

Een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid voor omgang met patiënten ligt op instellingsniveau

In het licht van de (internationale) cijfers over medische incidenten moet geconcludeerd worden dat er altijd substantiële aantallen ernstige incidenten zullen zijn – hoe zeer men zich ook inspant om die incidenten uit te bannen. Zo beschouwd behoren ernstige incidenten tot de 'gewone' medische praktijk.

Ernstige medische incidenten kunnen voor patiënten ingrijpend negatieve gevolgen hebben (ook voor zorgverleners overigens). Dat geldt voor hun fysieke welzijn, maar ook op emotioneel en financieel vlak. Een adequate reactie op incidenten door de zorgverlener en de instelling kan de mate waarin de patiënt op die terreinen nadeel ondervindt, sterk verminderen. Niet langer onderwerp

van discussie is dat daarom na een medisch incident een zorgplicht jegens de patiënt bestaat.

De invulling van die zorgplicht overstijgt het niveau van de individuele zorgverlener.

Weliswaar is op zichzelf de reactie van de zorgverlener erg belangrijk, maar voor adequate omgang moet ook aan institutionele vereisten worden voldaan. Uit de literatuur blijkt dat artsen direct na het incident hulp nodig hebben om tot een optimale reactie te komen. Bovendien gaat het niet om een eenmalige gebeurtenis, maar om een proces dat veelal meerdere bijeenkomsten beslaat, waarbij meerdere mensen betrokken zijn en waarin de patiënt gedurende een zekere periode een centraal aanspreekpunt nodig heeft. De vormgeving en de uitvoering van dat proces moeten geregisseerd worden. Iemand binnen de organisatie moet met die taken worden belast. Een ander instellingsgebonden aspect is de cultuur binnen een instelling; de cultuur kan aan de invulling van de zorgplicht na een incident - denk met name aan de bereidheid tot openheid - wezenlijk toe of af doen. Er zijn meer voorbeelden te noemen.

De bovengenoemde factoren – de mate waarin ernstige incidenten (zullen blijven) voorkomen, het grote belang van de patiënt bij een adequate reactie en het feit dat die adequate reactie institutionele maatregelen vergt – maken de omgang met medische incidenten voor een belangrijk deel tot de verantwoordelijkheid van de instelling. Het grootste deel van de aanbeveling zal daar dan ook op gericht zijn.

Grote diversiteit aan gevallen, dus flexibiliteit noodzakelijk, geregisseerd vanuit de instelling

Voor het denken over een *operational strategy* voor de omgang met ernstige incidenten, is van groot belang dat uit, met name, de patiënteninterviews is gebleken dat de praktijk van medische incidenten buitengewoon divers is. In feitelijke zin verschillen vrijwel alle incidenten op wezenlijke punten van elkaar. Om een aantal (maar niet alle) variabelen te noemen: de gevolgen voor de patiënt variëren, het moment waarop de gevolgen aan de dag treden kan kort na het incident liggen maar ook veel later, de mate van verwijt aan de zorgverlener kan verschillen, de communicatievaardigheden van de zorgverlener kunnen verschillen. Ook het moment waarop men weet of er sprake is van een fout loopt sterk uiteen; het kan zo zijn dat dit direct na het incident duidelijk is, maar het kan ook zo zijn dat men pas na jaren procederen weet of het incident voor een

fout moet worden gehouden. Naast die feitelijke diversiteit lopen ook de *coping*-stijlen van patiënten sterk uiteen. Waar, bijvoorbeeld, de ene patiënt direct na het incident sterke emoties voelt en, komen die bij de andere patiënt na verloop van maanden.

Deze diversiteit heeft belangrijke consequenties voor de opvang na een incident. Standaardisering is heel problematisch. Wat in de ene situatie een juiste aanpak is, is dat in de andere situatie niet; maatwerk is vereist. Dit impliceert de noodzakelijkheid van een flexibel systeem, dat kan inspelen op de omstandigheden van het geval. Die constatering accentueert onder andere de al eerder genoemde noodzaak een regisseur van dat proces aan te wijzen.

Belangrijke inspanning moet gericht zijn op voorkoming van verscherpte verhoudingen

Uit de literatuur en de patiënteninterviews blijkt dat het voor het welzijn van de patiënt (maar ook van de zorgverlener) van groot belang is de verhoudingen na een ernstig incident zo min mogelijk verscherpen; een conflict met de zorgverlener/instelling, en, eventueel later, met de verzekeraar van de zorgverlener, is slecht voor het emotionele welzijn van de patiënt en het kan zijn herstel bemoeilijken. In het ideale geval wordt de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt hersteld. Maar ook als dat herstel niet of maar beperkt mogelijk is, moet nodeloos conflict zoveel mogelijk worden afgewend.

Dat geldt voor alle stadia na een ernstig incident. In de eerste periode gaat het met name om de verhouding tussen de patiënt en de zorgverlener en de instelling. Mocht het tot een schadeclaim komen, dan geldt ook daar – in het debat tussen de claimbehandelaar van het ziekenhuis of met de verzekeraar – dat verharding slecht is voor het welzijn van de patiënt en dus zo veel mogelijk moet worden tegengegaan.

Die noodzaak is er de aanleiding voor geweest in de aanbevelingen verschillende bemiddelingsopties op te nemen.

De procedure over schadevergoeding moet sneller

Naast het onaangename karakter van het debat over schadevergoeding, draagt ook de, veelal, lange duur van dat debat er toe bij dat patiënten het erg bezwarend vinden. Verkorting van dat debat is dus een prioriteit. De eerder

genoemde bemiddelingsopties kunnen daar toe bijdragen. Voorts is op het ogenblik de betrokkenheid van externe deskundigen voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor de lange duur van de procedure tot schadevergoeding. Aanbevolen wordt daarom, onder andere, de betrokkenheid van deskundigen anders te organiseren.

5.1.2 Nadere inleidende opmerkingen op de aanbevelingen

Drie domeinen: opvang en bejegening, schadeafwikkeling en psycho-sociale opvang

Zoals in het inleidende hoofdstuk werd opgemerkt, zijn bij het formuleren van de aanbevelingen drie domeinen onderscheiden.

Het eerste domein kan men noemen de ´opvang en bejegening door het ziekenhuis´. Het betreft de fase direct na het incident, een tijd waarin het incident in alle hevigheid wordt gevoeld, waarin de emoties hoog kunnen oplopen, waarin soms nog veel onduidelijk is en waarin patiënt en ziekenhuis een manier moeten vinden om met de crisissituatie zo goed mogelijk om te gaan.

Het tweede domein kan men noemen ‘herstel en schadeafwikkeling’. Als het om een fout gaat, is de patiënt er veelal in twee opzichten op achteruit gegaan: zijn gezondheid is verslechterd en als gevolg daarvan zal hij veelal ook financiële schade lijden (in het ergste geval kan hij zelfs geen inkomen meer verwerven). De inspanningen moeten erop gericht zijn de patiënt zo veel mogelijk terug te brengen in de toestand waarin hij geweest zou zijn zonder de fout, zowel fysiek als financieel. Dat vertaalt zich in herstelbehandelingen en schadevergoeding.

Het derde domein is de ‘psycho-sociale opvang’. Een medisch incident kan op verschillende vlakken voor de patiënt ingrijpend zijn. Te denken is aan praktische moeilijkheden in het dagelijks leven, administratieve lasten, juridische problemen en psychische klachten.

Op elk van deze domeinen worden suggesties tot verbeteringen gedaan. Met deze indeling in domeinen wil niet gezegd zijn dat het in de praktijk werkelijk los van elkaar staande gebieden betreft. Integendeel, de grens tussen het ene domein en het andere is vaak niet precies te trekken, en, wat belangrijker is, wat op het ene domein gebeurt beïnvloedt wat op het andere gebeurt.

Een voorbeeld. Het motief voor mensen om schadevergoeding te vorderen, is lang niet altijd primair financieel van aard. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat men zich niet correct bejegend voelt en daarom uit rancune ageert, of dat men het gevoel heeft onvoldoende informatie te hebben gehad over de gevolgen en de toedracht van het incident, zodat de vordering tot schadevergoeding er toe dient die informatie alsnog te krijgen. Als nu op het domein ´opvang en bejegening door het ziekenhuis´ adequaat wordt gehandeld door de patiënt op respectvolle wijze volledige openheid van zaken te geven, dan zullen patiënten in mindere mate vanuit oneigenlijke overwegingen schadevergoeding vorderen. Maar ook als de patiënt op goede gronden besluit schadevergoeding te vorderen, is het belangrijk dat de opvang in de eerste fase goed is verlopen, omdat dit een minder negatief geladen schadeafwikkeling tot gevolg zal hebben. Er zijn veel meer interacties tussen de verschillende domeinen te noemen.

Geen vergezichten maar concrete aanbevelingen

Er is naar gestreefd realistische aanbevelingen te formuleren, in die zin dat het redelijkerwijs goed voorstelbaar is dat zij binnen afzienbare termijn daadwerkelijk kunnen worden nagevolgd. Er is bewust voor gekozen geen suggesties te doen die, hoe wenselijk op zichzelf dan ook, bij voorbaat moeten worden verondersteld 'te duur' te zijn, of die onderwerp van uitvoerige discussie zullen zijn alvorens zij verwezenlijkt kunnen worden.

Men hoort bijvoorbeeld wat betreft de aansprakelijkheid wel zeggen dat eigenlijk het hele systeem gewijzigd zou moeten worden. Te denken valt in dit verband aan de aanvaarding van een zogenaamd *no-fault*systeem (onder het huidige stelsel bestaat slechts aansprakelijkheid, heel grof gezegd, als sprake is van een fout). Een zo wezenlijke verandering van het medisch aansprakelijkheidsrecht zal te lang op zich laten wachten om de verbeteringen te bewerkstelligen die op korte termijn nodig en haalbaar zijn.

Met het voorgaande is niet bedoeld te zeggen dat het om aanbevelingen op detailpunten gaat. Integendeel, navolging van de aanbevelingen betekent over het algemeen een serieuze wijziging van de bestaande praktijk.

Perspectief patiënt centraal maar ook positie zorgverlener verdient aandacht

In het onderhavige rapport staat het perspectief van de patiënt centraal. Niet vergeten moet worden dat ook voor de zorgverlener een ernstig incident zeer aangrijpend kan zijn. Hij wordt daarom wel aangeduid als de *second victim*. De zorg voor de zorgverlener na een ernstig incident is een door de instelling serieus te nemen verplichting, die terecht in toenemende mate aandacht krijgt in de literatuur.[191]

Opmerking verdient dat zorg voor de zorgverlener ook vanuit het perspectief van de patiënt van belang is, omdat de wetenschap onder zorgverleners dat zij na een incident vanuit de instelling zullen worden gesteund en niet aangevallen, aan de bereidheid tot openheid kan bijdragen.

Welk incident doet de aanbevelingen van toepassing zijn? Een ernstig medisch incident.

Een gevoelig punt bij het formuleren van aanbevelingen is de terminologie. De aanbevelingen zijn grotendeels heel praktisch van aard en de vraag is dan onder welke omstandigheden precies een aanbeveling van toepassing is.

Het meest problematisch is dit bij de aanbevelingen op het domein ´opvang en bejegening door het ziekenhuis´. Volgens Aanbeveling 2 wordt de zorgverlener vanuit de instelling actief begeleid in het proces van *open disclosure* na een incident; volgens Aanbeveling 4 wordt de patiënt de bijstand door een klachtenfunctionaris aangeboden; volgens Aanbeveling 5 moeten hem ook alternatieven worden geboden. Welk type medisch incident doet deze verplichtingen nu ontstaan? Omdat het zo wezenlijk is, moet wat uitvoeriger op dit punt worden ingegaan.

Het is onontkoombaar in termen van ernst van het incident een grens te trekken. Wanneer het over incidenten met geringe gevolgen gaat, is het niet noodzakelijk, bijvoorbeeld, de zorgverlener te begeleiden in het proces van *open disclosure*. Het moet dus gaan, en dat geldt voor alle aanbevelingen, om ernstige incidenten.[192] De vraag is dan wat 'ernstig' is. In ieder geval valt daaronder een incident met dood of blijvend lichamelijk letsel tot gevolg. Maar ook andere incidenten kunnen

191 Zie nader par. 2.5.

192 Daarmee wil alleen maar gezegd zijn dat de aanbevelingen van dit rapport voor ernstige incidenten bedoeld zijn. Natuurlijk hebben zorgverleners ook bij minder ernstige incidenten de verplichting, bijvoorbeeld, open te zijn over wat er is gebeurd en moeten zij in algemene zin zorgvuldig handelen.

'ernstig' zijn. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt, doordat hem bij het onder narcose brengen in de verkeerde volgorde middelen worden toegediend, gedurende zekere tijd het gevoel heeft te sterven, heeft dat niet de dood of blijvend lichamelijk letsel tot gevolg. Maar het is wel een traumatische ervaring en daarmee een ernstig incident. Dat geldt ook, om een ander voorbeeld te noemen, voor incidenten die een hersteloperatie noodzakelijk maken.

Wat incidenten, niet de dood of blijvend lichamelijk letsel ten gevolge hebbende, nu wél als 'ernstig' doet kwalificeren, is niet in algemene zin te zeggen. Dat zal afhangen van de omstandigheden van het geval. Van groot belang zal daarbij steeds zijn welke impact het incident op de patiënt heeft gehad.

Het moet dus gaan om een 'ernstig' incident. Een andere kwestie is of voor toepasselijkheid van de aanbevelingen ook vereist is dat het een 'verwijtbaar' incident betreft.

Voor de duidelijkheid: met medisch incident wordt hier bedoeld een medische handeling met een onbedoelde schadelijke afloop voor de patiënt. Het kan heel goed zo zijn dat een medisch incident niet aan de zorgverlener (of het zorgsysteem) te verwijten valt. We spreken dan van een complicatie. Het standaardvoorbeeld van een complicatie is de allergische reactie van de patiënt op een medicijn waar de arts niet op bedacht hoefde te zijn.[193]

De vraag is dus of de aanbevelingen alleen van toepassing zijn als sprake is van een verwijtbaar medisch incident, of dat ze ook van toepassing zijn bij een complicatie. Het probleem met die vraag is dat hij in abstracto wel kan worden beantwoord, maar dat in de praktijk aanvankelijk veelal niet duidelijk is of het nu gaat om een complicatie of een verwijtbaar incident. Sterker nog: soms moet over de beantwoording van die vraag jarenlang worden geprocedeerd.

Dat betekent dat het niet werkbaar is een definitie te hanteren die bekend veronderstelt of het gaat om een complicatie of een verwijtbaar incident. Er moet immers geïntervenieerd op 'moment nul', en dat is een moment waarop veelal eenvoudig nog niet bekend is of er sprake is van verwijtbaarheid. Dat zo zijnde, bestaan er in essentie twee opties: of men zegt dat de aanbevelingen van toepassing zijn als *mogelijk* sprake is van een verwijt, of men zegt eenvoudig dat de aanbevelingen van toepassing zijn als sprake is van een incident, ook als direct duidelijk is dat van verwijtbaarheid geen sprake is.

---

193 Opgemerkt zij dat in andere bronnen incident ook wel wordt gedefinieerd als een schadelijke situatie ten nadele van de patiënt, niet zijnde een complicatie. Dat is dus een veel engere definitie.

Bij het maken van die keuze moet bedacht worden dat de aanbevelingen erg flexibel zijn, in die zin dat hun concrete invulling eigenlijk helemaal wordt gedicteerd door de voorliggende casus – dat zal blijken bij de toelichting op de aanbevelingen. Dat betekent dat als direct duidelijk is dat van een verwijt geen sprake is, de materiële betekenis van de aanbeveling sterk afneemt en veelal helemaal wegvalt. Zo zal, bijvoorbeeld, als direct duidelijk is dat sprake is van een complicatie en niet van verwijtbaarheid, de coaching van de arts (zie Aanbeveling 2) veel minder om het lijf hebben, omdat hij niet de agenda van een *open disclosure* in acht hoeft te nemen. Ook het contact met de klachtenfunctionaris en de eventuele alternatieve opties zullen normaalgesproken veel minder inhoud krijgen.

Om die reden haalt men eigenlijk weinig overbodige ballast aan boord door tevens de gevallen waarin direct duidelijk is dat geen sprake is van verwijtbaarheid te includeren. Daarbij komt dat een criterium als ‘direct duidelijk dat geen sprake is van verwijtbaarheid’ in sommige gevallen lastig te operationaliseren is, omdat doorslaggevend zou moeten zijn het perspectief van de patiënt, en de patiënt dan strikt genomen gevraagd zou moeten worden of het naar zijn oordeel inderdaad duidelijk is dat geen sprake is van verwijtbaarheid. Dat is niet werkbaar.

De conclusie luidt dat ‘mogelijk verwijtbaar’ geen deel moet uitmaken van de definitie. De aanbevelingen zijn dus van toepassing op alle ‘ernstige medische incidenten’.

Voor de duidelijkheid zij tot slot opgemerkt dat de hier gehanteerde terminologie los staat van de verschillende definities die elders worden gehanteerd. Met name terreinen als patiëntveiligheid en meldingsverplichtingen kennen weer eigen definities. Die zijn hier dus niet van toepassing. Een bekend begrip als ‘calamiteit’ bijvoorbeeld, heeft voor de onderhavige aanbevelingen geen (zelfstandige) betekenis.

5.2 Opvang en bejegening

1. Binnen ziekenhuizen wordt actief gewerkt aan een klimaat waarin openheid na een ernstig incident de norm is.

Inleiding

Uit de literatuur[194] en de patiënteninterviews[195] blijkt dat de patiënt na een ernstig medisch incident behoefte heeft aan een snelle en adequate reactie van de hulpverlener. Meer in het bijzonder heeft hij behoefte aan:

1) openheid over wat er precies gebeurd is;
2) inlichtingen over wat er zal worden gedaan in het kader van zijn herstel;
3) een uitleg hoe vergelijkbare incidenten voortaan voorkomen kunnen worden;
4) het toegeven van de fout en het maken van excuses;
5) 'zakelijke' voorlichting over klacht- en schadevergoedingmogelijkheden.

Gegeven deze behoeften is er in de literatuur vrij grote eenstemmigheid over de wijze waarop de hulpverlener na het incident moet reageren. Hij moet:

1) informatie verschaffen over het incident;
2) verantwoordelijkheid nemen voor wat er is gebeurd;
3) medeleven tonen (zo nodig excuses maken);
4) voor zover mogelijk, schetsen welke maatregelen in de toekomst genomen zullen worden ter voorkoming van vergelijkbare incidenten.

Deze ingrediënten worden samen in de literatuur veelal aangeduid met *open disclosure*.

Van belang is te bedenken dat die *open disclosure* geen eenmalige gebeurtenis is, maar een proces waarvoor de instelling verantwoordelijkheid neemt. Intensiteit en duur van dat proces hangen af van de ernst van het incident. De betrokkenen begrijpen en overzien alle aspecten en implicaties van een medisch incident zelden in een enkele bijeenkomst. Men moet, met name bij ernstige incidenten, uitgaan van een aantal contactmomenten. De verantwoordelijk arts zal over het algemeen wel bij de eerste bijeenkomst aanwezig moeten zijn, maar niet perse ook bij latere contactmomenten. Bijvoorbeeld het in kennis stellen van de resultaten van het onderzoek naar het incident kan ook door anderen gebeuren.

---

194 Zie par. 2.4.
195 Zie hoofdstuk 3.

Maatwerk is hier op zijn plaats. De instelling voert regie over het proces, bewaakt de voortgang, en verliest de patiënt niet voortijdig uit het oog.

Anders dan tot voor een paar jaar geleden het geval was, lijdt inmiddels geen twijfel meer dat de professionele standaard *open disclosure* ook werkelijk voorschrijft.[196] De ooit bestaande gedachte dat het voor het aanzien van de beroepsgroep schadelijk zou zijn als de arts zijn fout toegeeft is verlaten, en de later voor die gedachte in de plaats getreden opvatting dat de arts jegens zijn verzekeraar gehouden zou zijn over fouten te zwijgen, is evenzeer achterhaald.[197]

Aldus is de vraag waaraan mensen na een fout behoefte hebben op grote lijnen wel beantwoord en evenmin is in theorie problematisch hoe de zorgverlener aan die behoeften tegemoet moet komen. Het werkelijke probleem lijkt thans te zijn dat wat wij in abstracto weten, in de praktijk niet steeds werkelijkheid wordt.

Beletselen voor openheid

Er is vrij uitvoerig studie gedaan naar de factoren die in de praktijk aan *open disclosure* na een medisch incident in de weg staan.[198] Naar de kern genomen worden genoemd:

1) dat de cultuur binnen ziekenhuizen aan openheid in de weg staat doordat die cultuur voor artsen onvoldoende 'veilig' is – denk aan angst voor schade aan carrière;
2) dat het in de praktijk uitvoeren van *open disclosure* in communicatieve zin moeilijk is en artsen dus niet goed weten hoe zij daaraan gevolg kunnen geven – *open disclosure* is meer dan alleen een slecht nieuwsgesprek;
3) dat het voor artsen psychologisch moeilijk is over (mogelijke) fouten te praten.

In de onderhavige aanbeveling staat het eerste punt centraal. In de literatuur wordt benadrukt dat het klimaat binnen de instelling aanzienlijke invloed heeft

196 Zie par. 2.6.

197 Zie par. 2.6.2. Dit wil echter niet zeggen dat de praktijk zich daarbij geheel heeft aangesloten. Onder artsen lijkt de angst voor ongewenste juridische consequenties nog steeds zijn impact te hebben. Dit kwam bijvoorbeeld naar voren tijdens de expertmeetings. Volgens sommige deelnemers leeft onder een deel van de artsen nog steeds het idee dat ze van de verzekeraar niets mogen zeggen. Een van de taken van de in de volgende paragraaf geïntroduceerde disclosure coach zou tevens gelegen kunnen zijn in het wegnemen van deze barrière voor open communicatie door de arts erop te wijzen dat hij vrijuit mag spreken zolang hij zich bij de feiten houdt

198 Zie par. 2.6.2.

op de bereidheid van zorgverleners openheid te betrachten. Wanneer die cultuur tekort schiet, heeft dat een sterke negatieve invloed. Nauw verwant met de cultuur is de organisatie van de instelling; het gevoel dat zorgverleners hebben over de mate waarin zij open kunnen zijn, is in belangrijke mate een resultante van de wijze waarop de instelling is georganiseerd; "culture follows structure".

Van belang is dat *mixed messages* voorkomen worden. Wanneer algemene aanmoedigingen vanuit het management tot openheid gepaard gaan met maningen tot terughoudendheid op andere, eventueel lagere niveaus binnen de organisatie, is het effect van die eerdere aanmoedigingen snel teniet gedaan. Vanuit alle geledingen van de instelling moet daarom in niet mis te verstane bewoordingen worden uitgedragen dat openheid de norm is. Uitingen van die strekking door het management zijn belangrijk, maar niet toereikend.

Ter bevordering van adequaat verlopende *open disclosures* zijn op instellingsniveau de volgende punten van belang:

1. In een protocol wordt vastgelegd dat na een mogelijk verwijtbaar medisch incident een proces van *open disclosure* zal volgen. De eisen waaraan die *open disclosure* moet voldoen worden beschreven (in Aanbeveling 7 wordt aanbevolen dat protocol op nationaal niveau te ontwikkelen).
2. Zorgverleners binnen de instelling moet worden geleerd dat een *open disclosure* aan bepaalde normen moet voldoen en dat het niet zomaar een slecht nieuws gesprek is. Pas als dat bewustzijn is gecreëerd, zal men na een incident de bijstand van een *disclosure coach* (zie over de *disclosure coach* Aanbeveling 2) inroepen.
3. Van het succes waarmee veilig meldsystemen functioneren, valt reflexwerking te verwachten op de bereidheid tot openheid bij mogelijk verwijtbare incidenten. Hoe gewoner 'interne' of intercollegiale openheid is, hoe lager de drempel naar 'externe' openheid wordt. Niet alleen ter bevordering van de patiëntveiligheid, maar ook ter bevordering van open communicatie naar de patiënt zijn deze instrumenten daarom belangrijk.
4. Openheid over aantallen incidenten en/of fouten bevordert het besef onder zorgverleners dat anderen ook fouten maken en vermindert daarmee de schaamte die aan het spreken over eigen mogelijke fouten in de weg staat. [199]
5. In internationale literatuur wordt veelal benadrukt dat de rol van een '*champion*' binnen de organisatie groot effect kan sorteren. Het gaat

199 Dit werd ook als zodanig benadrukt in de expertmeetings. Zie hoofdstuk 4, vraag 5.

dan, bijvoorbeeld, om een zeer gerespecteerd arts die publiekelijk over zijn eigen fout vertelt, gevolgd door de oproep aan anderen om dezelfde openheid te betrachten.

6. Het besef groeit dat ook voor de arts betrokkenheid bij een ernstig medisch incident een afschuwelijke gebeurtenis is die negatieve gevolge voor zijn psyche en zijn functioneren kan hebben; de arts wordt wel het *second victim* genoemd.[200] Er bestaat daarom toenemende aandacht voor opvang van artsen.[201] De wetenschap van artsen dat er voor hen voorzieningen zijn, kan aan hun openheid bijdragen.

In het voorgaande is een aantal belangrijke punten genoemd. Het is geen uitputtende opsomming. Verandering van klimaat en gebruiken binnen een organisatie kunnen op veel verschillende manieren worden bereikt.

2. De zorgverlener wordt vanuit de instelling actief begeleid in het proces van *open disclosure* na een ernstig incident. Hij krijgt daartoe toegang tot een *disclosure coach*.

Inleiding

In de toelichting op Aanbeveling 1 werd opgemerkt dat een van de beletselen voor openheid is dat zorgverleners niet goed weten hoe zij na een ernstig incident op adequate wijze openheid kunnen betrachten. Uit de literatuur blijkt dat die onzekerheid niet zonder grond is; "*Disclosure is not amateur hour. It requires a certain level of expertise*."[202] Beslissingen als welke informatie wanneer wordt gegeven, hoeveel bijeenkomsten er zijn, wie daarbij aanwezig zijn, wat de juiste toon is van het gesprek; het zijn wezenlijke, maar lang niet altijd evidente kwesties.

Men zou, dat zo zijnde, kunnen overwegen zorgverleners te scholen in *open disclosure*. Dat heeft echter een aantal beperkingen. Ten eerste komen bij de meerderheid van de zorgverleners ernstige incidenten te weinig voor om te verwachten dat de verworven kennis zal worden onderhouden door haar in de praktijk te brengen. Dan zakt die kennis weg en dreigt nog slechts de onterechte veronderstelling te resteren dat men weet hoe het moet. Ten tweede blijkt in de

200 Zie par. 2.5.
201 Zie bijv. Seys e.a. 2012.
202 Bell e.a. 2012, p. 69.

praktijk voor scholing in openheid – die wordt wel aangeboden – weinig tot geen belangstelling te bestaan. Dat is niet onbegrijpelijk. Aandacht en energie richten op wat men moet doen als men (wellicht) heeft gefaald, is psychologisch minder aantrekkelijk dan de blik te richten op het verbeteren van medische kennis en vaardigheden. Bedacht zij dat scholingstijd en –geld maar een keer gespendeerd kunnen worden. Het lijkt niet realistisch te veronderstellen dat de vraag naar scholing op dit punt onder zorgverleners in de toekomst zal toenemen. Bedoeld is daarmee niet te zeggen dat het onderwerp artsen niet zou interesseren, maar dat het in de noodzakelijke prioritering van activiteiten veelal het onderspit zal delven.

Om die reden is het effectiever, zo blijkt uit internationale studies, direct na het incident scholing en bijstand te organiseren. Men spreekt in dit verband van "*just-in-time training*". De zorgverlener moet het besef worden bijgebracht dat *open disclosure* bijzondere kennis en ervaring vergt, en dat hij voor het verloop van dat proces steun moet zoeken bij iemand die daarin gespecialiseerd is.

De 'disclosure coach'

Die bijstand zou verleend kunnen worden door een zogenaamde *disclosure coach*. Voor de *disclosure coach* is communicatie met de patiënt na een ernstig incident geen laagfrequente gebeurtenis, maar behoort tot zijn kerntaken. Dat maakt dat hij in de praktijk ervaring opdoet en effectief geschoold kan worden. Dat is een belangrijke constatering, omdat de moeilijkheid van training van artsen – als gezegd – nu juist blijkt te zijn dat ernstiger medisch incidenten onvoldoende voorkomen om scholing in *open disclosure* te 'onderhouden'. De *disclosure coach* heeft bovendien grotere afstand tot het gebeurde, hetgeen de objectieve oordeelsvorming over wat de patiënt wel en niet moet worden verteld ten goede komt. Uit ervaringen in de Verenigde Staten blijkt dat reeds op zichzelf de gedachtewisseling over communicatie met de patiënt, het met een derde bespreken van de voors en tegens van een bepaalde aanpak, sterk aan de kwaliteit van de communicatie kan bijdragen. De arts raakt beter in staat zijn beslissingen tijdens de hectische periode direct na het incident te rationaliseren.

Er zijn aanwijzingen, zo wordt duidelijk bij gesprekken met specialisten uit het veld, dat de *disclosure coach* een zekere betrokkenheid bij de instelling moet hebben. Dat vergroot de kans dat de arts bereid is hem te consulteren over een voor hem zo gevoelig onderwerp als een medisch incident. De kans dat de arts een werkelijk externe functionaris benadert, lijkt om psychologische redenen kleiner.

Uit de literatuur[203] en de discussie in de expertmeetings[204] is gebleken dat *de persoon* van degene tot wie de arts zich wendt na een incident, van grote betekenis is. Het vertrouwen van de individuele zorgverleners in deze persoon is van sterke invloed op de bereidheid zich tot hem te wenden met een zo gevoelige kwestie als een medisch incident. Los van de achtergrond en positionering van 'de adviseur' van de zorgverleners na een incident, lijkt derhalve aan het vertrouwen dat hij binnen de instelling geniet (of naar verwachting zal gaan genieten) belangrijke betekenis te moeten worden toegekend. Kwesties als persoonlijkheid, statuur en integriteit spelen hier een belangrijke rol.

Dat men binnen de organisatie met het bestaan van de *disclosure coach* bekend is, is van essentieel belang (zie Aanbeveling 1). Omdat begeleiding van zorgverleners na een medisch incident een gevoelige aangelegenheid is, heeft het de voorkeur dat zorgverleners niet alleen met de functie, maar ook met de persoon van de *disclosure coach* bekend zijn. Dat kan doordat iedere zorgverlener bij indiensttreding met hem kennis maakt – dat kan groepsgewijs. Ook verdient het aanbeveling dat de *disclosure coach* zich laat zien op bijeenkomsten van zorgverleners. Het is belangrijk dat hij zichzelf binnen de organisatie zichtbaar maakt.

Wie wordt de 'open disclosure coach'?

Het lijkt, los van de eventuele wenselijkheid, niet realistisch te veronderstellen dat instellingen er toe over zullen gaan ten behoeve van de begeleiding van *open disclosures* aparte functionarissen in dienst te nemen – de tijdsbesteding is waarschijnlijk onvoldoende substantieel voor een aparte aanstelling. Het ligt eerder voor de hand dat de functie wordt ondergebracht bij een binnen de instelling al aanwezige functionaris. Herhaald zij hier de eerdere opmerking dat het belangrijk is dat de betreffende persoon binnen de instelling gekend wordt.

De is bij wie men deze functionaliteit dan het beste zou kunnen onderbrengen. Een uitgesproken keuze is op dit punt niet gemaakt, ten eerste omdat tal van de instelling betreffende bijzondere omstandigheden hierbij en rol kunnen spelen en voorts omdat eigenlijk onvoldoende *evidence based* bronnen voorhanden zijn om een voorkeur op te baseren. In het navolgende wordt een aantal overwegingen gegeven die men in de keuze zou kunnen betrekken.

---

203 Truog e.a. 2011, p. 60.
204 Zie hoofdstuk 4, vraag 1.

Er zijn in de huidige praktijk al ziekenhuizen waar de klachtenfunctionaris feitelijk de rol van *disclosure coach* op zich neemt. Hij draagt dan, met steun van de directie, binnen het ziekenhuis de boodschap uit dat de arts zo vroeg mogelijk na het incident de klachtenfunctionaris benadert, opdat zij samen de beste aanpak kunnen voorbereiden en uitvoeren. Deze benadering sluit goed aan bij het bestaande beroepsprofiel van de klachtenfunctionarissen, omdat dat profiel voorziet in bijstand aan zowel de patiënt als de zorgverlener.

Een voordeel van betrokkenheid van de klachtenfunctionaris is dat communicatie en bemiddeling tot de kerntaken van de klachtenfunctionaris behoren, en die kwaliteiten in het kader van *open disclosure* bij uitstek van belang zijn. Functioneren in een (potentieel) spanningsveld tussen patiënt en zorgverlener is voor de klachtenfunctionaris aan de orde van de dag.

Vanuit een meer traditionele visie op de rol van de klachtenfunctionaris zou men de bedenking kunnen hebben dat de klachtenfunctionaris er is voor de patiënt en niet tot taak heeft de zorgverlener bij te staan in het handelen conform de medisch professionele standaard. Als de zorgverlener, scherp gezegd, daar hulp bij nodig heeft, dan moet die hulp er wellicht komen, maar niet van de functionaris die ten behoeve van de patiënt in het leven is geroepen.

Uit de expertmeetings en de gesprekken die de onderzoekers met klachtenfunctionarissen hebben gevoerd, blijkt evenwel tegen deze 'verschuiving' van de rol van de klachtenfunctionaris vrijwel geen weerstand te bestaan. Klachtenfunctionarissen stellen zich eenvoudig de vraag wat in bredere zin in het belang van de patiënt is, en als zij het idee hebben door hun betrokkenheid de zorgverlener tot een hoger niveau van *open disclosure* te brengen, dan acht hij dàt doorslaggevend omdat dàt in het belang van de patiënt is. Te noemen in dit verband is ook, als gezegd, dat het huidige profiel van de klachtenfunctionarissen ook al voorziet in steun aan zowel de patiënt als de zorgverlener.

Een andere bedenking die men kan hebben, is dat niet elke klachtenfunctionaris door de zorgverlener als gelijkwaardige gesprekspartner zal worden beschouwd. De klachtenfunctionaris heeft over het algemeen een ander opleidingsniveau dan bijvoorbeeld de arts, en dit kan er aan in de weg staan dat de arts zich in de crisissituatie na een incident op hem verlaat. Of dit inderdaad een probleem is, hangt af, opnieuw, van de persoonlijkheid en de kwaliteit van de klachtenfunctionaris.

De kans op het laatstgenoemde probleem vermindert, als men de functie van *disclosure coach* niet in handen zou stellen van de klachtenfunctionaris, maar van

een arts. Een deel van de hiervoor genoemde voordelen van de klachtenfunctionaris gaat ook voor de arts op. Afstand tot het incident bijvoorbeeld, en onderdeel vormen van de ziekenhuisorganisatie, zijn geen exclusieve eigenschapen van de klachtenfunctionaris. Denkbaar is bijvoorbeeld dat een wat meer senior lid van de medische staf binnen het ziekenhuis de rol krijgt toebedeeld zorgverleners te begeleiden na een incident.

Er zijn ook mengvormen voorstelbaar. De 'advisering' van de arts bijvoorbeeld, is iets anders dan het voeren van de regie over het proces van *open disclosure* (zie over die regie Aanbeveling 3). Het lijkt mogelijk dat een lid van de medische staf de contactpersoon is voor de arts, en dat de klachtenfunctionaris in overleg met de patiënt en andere betrokkenen de inrichting en uitvoering van de *open disclosure* coördineert. Denkbaar is ook dat wat betreft de inhoudelijke kant van de zaak de zorgverlener spreekt met, bijvoorbeeld, een daartoe aangewezen ervaren arts binnen de instelling, terwijl de klachtenfunctionaris bij het contact met de patiënt aanwezig is om te waken voor de goede communicatie.

Voorwaarde lijkt wel steeds te zijn dat de betrokken functionaris niet incidenteel, maar vast als aanspreekpunt voor zorgverleners fungeert. De kennis en ervaring die men moet hebben om een zorgverlener bij *open disclosure* succesvol bij te staan, wordt onvoldoende in stand gehouden bij een laagfrequente betrokkenheid bij dit soort gebeurtenissen.

Steun bij 'open disclosure'; hoe?

De wijze waarop de *disclosure coach* steun moet verlenen, gaat het bestek van dit onderzoek te buiten. Verwezen wordt naar de relevante literatuur. [205] Opgemerkt zij hier voor de duidelijkheid wel dat uit de literatuur en de patiënteninterviews blijkt dat patiënten het gesprek over het incident in de regel willen voeren met de betrokken arts of andere zorgverlener. De *disclosure coach* moet proberen de zorgverlener dat gesprek zo goed mogelijk te laten voeren. Hij moet die taak niet overnemen of zelf een centrale rol in het gesprek spelen.

De onwillige of tekortschietende zorgverlener

Het is voor zorgverleners moeilijk om aan alle vereisten van een adequate *open disclosure* te voldoen. Daarom wordt aanbevolen hen daarbij te steunen. Het is evenwel mogelijk dat degene die steun wordt geacht te verlenen, merkt dat de

[205] Truog e.a. 2011 p. 59.

zorgverlener niet in staat is het juiste te doen, of zich daartoe onvoldoende inspant. Onder die omstandigheden zal over het algemeen eerst de *disclosure coach* trachten daarin verandering te brengen. De vraag kan rijzen wat de *disclosure coach* moet doen als de zorgverlener daar onvoldoende ontvankelijk voor is.

Onder die omstandigheden heeft de *disclosure coach* de verplichting het tekort schieten van de zorgverlener op een hoger niveau binnen de organisatie aan de orde te stellen. Vanuit de instelling kunnen dan maatregelen worden genomen om alsnog tot een adequate *open disclosure* te komen.

Het consulteren van een 'disclosure coach' is een verplichting van de zorgverlener, temeer daar het onwaarschijnlijk is dat scholing tot voldoende zelfstandige competentie kan leiden

Dat de *disclosure coach* er is ten behoeve van de zorgverlener, wil niet zeggen dat het consulteren van die coach vrijblijvend is. Wie op dit terrein beperkte ervaring heeft, zal zich van de gevoeligheid en subtiliteit van de *open disclosure* veelal onvoldoende bewust zijn; als gezegd kan men in redelijkheid van zorgverleners niet verwachten dat zij de vereisten waaraan *open disclosures* moeten voldoen, steeds helder voor ogen hebben, zeker niet in de stresssituatie van een ernstig incident. Dat zo zijnde, ligt het voor de hand van de zorgverlener te verlangen dat wanneer zich een incident voordoet, hij zich van advies laat dienen.

Herhaald zij hier dat wij van scholing van artsen geen al te hoge verwachtingen mogen hebben; accepteert men die beperking, dan moet daar wel tegenover staan dat de zorgverlener verplicht is zich aan de *just in time*-training van de *disclosure coach* te onderwerpen.

Niettegenstaande het voorgaande is het goed studenten in *open disclosure* te onderrichten. Het nut zou er alleen al in gelegen kunnen zijn tegenover jonge mensen het ethische belang te benadrukken. Weliswaar geldt ook daar het bezwaar van 'niet onderhouden kennis en vaardigheden', maar zolang van het onderwijs tevens onderdeel uitmaakt de boodschap dat men het niet alleen kan, lijkt dat geen bezwaar.

Tot slot zij het volgende opgemerkt. De onderhavige aanbeveling is, zoals in de inleiding werd gemotiveerd, van toepassing op elk ernstig medisch incident; niet vereist is dat het gaat om een verwijtbaar of mogelijk verwijtbaar incident. Dat betekent dat de verplichting van de zorgverlener zich in contact te stellen met de *disclosure coach*, ook bestaat als direct duidelijk is dat hem geen verwijt treft.

Intussen zal duidelijk zijn dat deze verplichting wel dwingender wordt naarmate er meer aanwijzingen zijn dat wel sprake is van een fout. Bij een 'evidente complicatie' is goed voorstelbaar dat de zorgverlener het incident zelf met de patiënt bespreekt, zonder de *disclosure coach* te raadplegen.

3. **Na een ernstig medisch incident wordt iemand aangewezen die de regie over de *open disclosure* voert en iemand die als vaste contactpersoon voor de patiënt fungeert. Het ligt voor de hand die functionaliteiten in een persoon te verenigen.**

Een vaste contactpersoon en een regisseur

In de literatuur wordt op goede gronden benadrukt dat *open disclosure* geen eenmalige gebeurtenis is, maar een proces.[206] Dat beeld wordt bevestigd in de patiënteninterviews. Het is bij *open disclosure* belangrijk dat bepaalde stappen op bepaalde momenten door bepaalde mensen worden genomen. Er moet iemand zijn die voor dat proces de 'agenda' opstelt en bewaakt – een 'regisseur' om zo te zeggen.

Voorts blijkt uit de literatuur en de patiënteninterviews dat de patiënt na een ernstig medisch incident behoefte heeft aan een vaste contactpersoon binnen de instelling.

De 'verwerking' van een incident kent verschillende fasen. Goed denkbaar is dat er in een later stadium te respecteren behoeften ontstaan die de patiënt of diens nabestaande aanvankelijk nog niet had. De instelling moet dan nog goed benaderbaar zijn. Bovendien kunnen er na een ernstig incident ongewenste stiltes vallen in de communicatie met de patiënt, bijvoorbeeld in de periode waarin onderzoek plaatsvindt naar het gebeurde.

Een vaste contactpersoon en een regisseur; wie?

De functionaliteiten 'regisseur' en 'vast aanspreekpunt' zijn op zichzelf te onderscheiden. Maar het ligt in de praktijk waarschijnlijk meestal voor de hand ze te verenigen in één persoon. Het lijkt omslachtig verschillende personen aan te wijzen, omdat tussen de twee functionaliteiten inhoudelijk een grote samenhang bestaat. Het is belangrijk dat de regisseur goed weet wat bij de patiënt leeft,

---

206 Zie par. 2.4.

zodat hij de *open disclosure* (mede) daarnaar kan inrichten. Gegeven die inhoudelijke betrokkenheid lijkt het wel zo praktisch dat de patiënt de regisseur tegelijk als vaste contactpersoon heeft.

De rol van contactpersoon en regisseur lijkt ook goed verenigbaar met de in Aanbeveling 2 centraal staande *disclosure coach*. De inhoudelijk koppeling tussen de functie van *disclosure coach* en de in deze aanbeveling centraal staande functionaliteiten is ook weer niet zo sterk dat vereniging in een persoon noodzakelijk zou zijn. Bij de *disclosure coach* staat het contact met de zorgverlener centraal; dat geldt niet voor de regisseursfunctie in die van contactpersoon.

Een volgende vraag is wie binnen de bestaande praktijk de meest voor de hand liggende persoon zou zijn om de bedoelde rollen te vervullen. In de functie-omschrijving van de klachtenfunctionaris neemt het perspectief van de patiënt een belangrijke positie in. Dat zou een overweging kunnen zijn om de functie van 'regisseur' en 'vast aanspreekpunt' daar onder te brengen.

Bedacht zij intussen dat met name voor de regisseursrol kennis en ervaring op het terrein van *open disclosure* vereist is. Men kan die rol niet goed vervullen zonder de hierna te noemen training. Dat is een punt van overweging bij het onderbrengen van de hier centraal staande functionaliteiten.

Regie van de 'open disclosure'; inhoudelijk

Voor de mogelijke inrichting van het proces van *open disclosure* zij hier verwezen naar de literatuur over dit onderwerp. [207] Om een enkel punt te noemen: er zijn buitenlandse stelsels waar grote betekenis wordt gehecht aan een centrale bijeenkomst, soms pas geruimere tijd na het incident, waar de betrokken arts en andere bij de zorg betrokkenen in gesprek met de patiënt rekenschap afleggen van wat er is gebeurd. De introductie van een dergelijk fenomeen verdient ook binnen de Nederlandse verhoudingen overweging. Zo'n bijeenkomst kan voor alle betrokken (ook voor de zorgverleners) heel effectief zijn. Uiteraard is maatwerk vereist.

Voorts is het van belang te benadrukken, dat het toekennen van een 'regisseurs-rol' niet betekent dat deze persoon de leiding zou hebben, in die zin dat hij anderen binnen de organisatie kan opdragen wat zij in het kader van de *open disclosure* wel en niet moeten doen. Alle betrokkenen houden hun eigen

---

207 Zie Truog e.a. 2011 met nadere verwijzingen.

verantwoordelijkheid.

4. **Na een ernstig incident wordt de patiënt gevraagd of hij behoefte heeft aan betrokkenheid van de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris heeft tot taak de patiënt te helpen in zijn communicatie met de arts, zo nodig te bemiddelen en praktische bijstand te verlenen.**

Achtergrond

Het is ter toelichting op deze aanbeveling noodzakelijk een opmerking te maken over het vertrekpunt van de gedachtevorming die in het kader van dit onderzoek heeft plaatsgevonden.

De verhouding tussen arts en patiënt is over het algemeen in de eerste periode na de medische fout in veel opzichten ongelijkwaardig. De arts heeft de medische kennis, de patiënt niet; de arts is veelal in sociaaleconomisch opzicht de meerdere van de patiënt; de patiënt is door de medische fout psychisch uit zijn evenwicht terwijl dat in de regel in mindere mate zal gelden voor de arts. Aan die ongelijke verhouding wordt toegevoegd het bestaan van een tegenstrijdig belang: de arts heeft er belang bij dat zijn handelen in een zo welwillend mogelijk perspectief wordt geplaatst, terwijl de patiënt een zo neutraal mogelijke weergave wenst. Daarbij komen nog de hiervoor opgesomde beletselen bij het betrachten van openheid (psychologisch moeilijk (mogelijke) eigen fout onder ogen te zien; lastig hoe het gesprek te voeren).

Deze omstandigheden *hoeven* er niet toe te leiden dat de patiënt geen recht wordt gedaan. Het is goed denkbaar dat de arts ondanks die omstandigheden handelt conform de norm. Maar deze omstandigheden vergroten wel het *risico* dat de patiënt geen recht wordt gedaan. De klassieke reactie vanuit juridisch perspectief is de volgende: een ongelijke machtsverhouding in combinatie met potentieel tegengestelde belangen moet men neutraliseren, omdat er anders onherroepelijk gevallen zullen zijn waarin de rechten van de zwakkere partij in het gedrang komen.

Vanuit dit perspectief is de vraag gesteld wat de mogelijkheden tot versterking van de positie van de patiënt zijn. Aanvankelijk was de hypothese dat het in het belang van de patiënt zou zijn als er zo kort mogelijk na het incident een werkelijk objectieve buitenstaander, van buiten de instelling, in de arts-patiënt

communicatie wordt betrokken. Als de patiënt zou worden bijgestaan door iemand met de vakinhoudelijke kennis en tegenwoordigheid van geest die nodig is om het gesprek met de arts op gelijk niveau te kunnen voeren, denk aan een figuur als een externe 'vertrouwensarts', dan neemt de kans toe dat de patiënt te horen krijgt wat hij te horen moet krijgen.

Het onderzoek heeft evenwel aanleiding gegeven deze hypothese te verwerpen. De reden is dat door de onmiddellijke betrokkenheid van een externe derde het potentieel bevredigende verloop van de arts-patiënt na een medisch incident wordt bedreigd. Over het algemeen wordt door een (mogelijke) fout de vertrouwensband tussen arts en patiënt geschaad. Door een goede omgang met de patiënt kan de arts die geschonden vertrouwensband repareren en zelfs weer sterker maken dan hij was. Dat is een gevoelig proces, dat door de aanwezigheid van een externe derde verstoord kan worden. Het middel is dan erger dan de kwaal.

Bij het zoeken naar een alternatief, gaat het er om het juiste evenwicht te vinden tussen de volgende perspectieven. Het eerste perspectief is dat waar het herstel van de arts-patiënt relatie nog tot de mogelijkheden hoort, dat herstel ook plaatsvindt en niet wordt ontregeld. Het tweede perspectief is dat arts en patiënt in een ongelijke verhouding tot elkaar staan en dat die ongelijkheid zoveel mogelijk moet worden opgeheven. De vraag lijkt in essentie te zijn hoe men zonder de verhoudingen al te zeer te polariseren, toch tot een versteviging van de positie van de patiënt kan komen.

De klachtenfunctionaris als derde ten behoeve van de patiënt: (i) communicatie, (ii) bemiddeling en (iii) praktische bijstand

Het alternatief dat op grond van het onderzoek het meest voor de hand lijkt te liggen, is de betrokkenheid van de klachtenfunctionaris.

In de huidige praktijk lijkt het over het algemeen zo te zijn (voor zover men over 'de praktijk' kan spreken; er bestaan grote verschillen) dat de klachtenfunctionaris wordt benaderd door de patiënt en deze zich op diens initiatief mengt in het gesprek met de arts. Er zijn echter ook nu al klachtenfunctionarissen die graag zo vroeg mogelijk na de fout betrokken raken en die zich er daarom binnen het ziekenhuis sterk voor maken dat de arts de klachtenfunctionaris benadert met de melding dat een fout is gemaakt. Afhankelijk van de omstandigheden van het geval, laat dan de arts in overleg met

de klachtenfunctionaris, eventueel samen met de klachtenfunctionaris, de communicatie zo goed mogelijk verlopen.

Meer precies gezegd zou men in de betrokkenheid van de klachtenfunctionaris ten behoeve van de patiënt zoals die hier voor ogen staat, de volgende drie activiteiten kunnen onderscheiden: (i) communicatie, (ii) bemiddeling (iii) praktische bijstand.

Over die drie punten worden hierna nadere opmerkingen gemaakt. Daaraan voor afgaand is het van belang te zeggen dat met het benoemen van deze activiteiten niet bedoeld wordt afbreuk te doen aan andere krachtens het beroepsprofiel op het terrein van de klachtenfunctionaris gelegen activiteiten. Informatieverschaffing, bijvoorbeeld, is een klassieke taak van de klachtenfunctionaris, maar wordt hier niet met zoveel woorden genoemd. Toch is informatieverschaffing ook bij een medisch incident een belangrijke taak van de klachtenfunctionaris. Het gaat hier alleen om activiteiten die 'nieuw' zijn of waaraan een specifieke invulling wordt gegeven.

(i) Communicatie

Er zijn artsen die er in slagen na een incident waarin zij zelf een hoofdrol hebben vervuld optimaal met de patiënt te communiceren. In de praktijk blijkt echter dat dit niet steeds het geval is. Het blijkt moeilijk de juiste toon te treffen en op voor de patiënt begrijpelijk niveau uit te leggen wat er aan de hand is. De klachtenfunctionaris kan waar het de toon en de inhoud van de *open disclosure* betreft een sturende rol spelen – dit in aanvulling op de aanwijzing die de arts eventueel van de *disclosure coach* krijgt. Het karakter van die sturing zal sterk afhangen van de omstandigheden van het geval. Van die sturing kunnen de volgende elementen deel uitmaken:

1. Het komt voor dat artsen er toe aangemoedigd moeten worden hun boodschap in eenvoudige bewoordingen te brengen. De klachtenfunctionaris ziet er op toe dat de arts in duidelijke en voor de patiënt begrijpelijke bewoordingen communiceert en gaat na of de patiënt de boodschap begrepen heeft.
2. De klachtenfunctionaris bevordert dat de zorgverlener de voor de voor de patiënt relevante informatie verstrekt. Een centrale behoefte van patiënten na een medisch incident blijkt informatieverschaffing te zijn. De klachtenfunctionaris 'denkt met de patiënt mee' over wat hij zou moeten en willen weten.
3. De toon en houding van de arts tijdens het gesprek met de patiënt over het incident zijn van groot belang voor de wijze waarop de patiënt dat

gesprek ervaart. In slecht verlopende arts-patiëntverhoudingen ervaren patiënten zelfs vormen van '*victim blaming*'. De klachtenfunctionaris tracht de arts te corrigeren als deze op dit punt tekort schiet.

4. Het komt voor dat patiënten een zekere reserve voelen al hun vragen aan de arts te stellen. De klachtenfunctionaris stimuleert de patiënt – binnen redelijke grenzen – de arts de vragen te stellen die hij heeft.
5. Het komt voor dat in de beleving van de patiënt de toon en de inhoud van wat de arts zegt, verandert nadat de patiënt heeft laten weten dat hij een vordering tot schadevergoeding instelt.[208] Het is mede daarom van belang dat verslaglegging plaatsvindt van de initiële communicatie tussen arts en patiënt. De klachtenfunctionaris draagt zorg voor die verslaglegging. Zowel patiënt als arts ontvangen dit verslag. Voortvarendheid is daarbij van groot belang.

(ii) Bemiddeling

Het streven is na een mogelijk verwijtbaar medisch incident de *open disclosure* optimaal te laten verlopen, onder andere ter voorkoming van een conflict tussen de patiënt en/of het ziekenhuis. Naarmate de *open disclosure* beter verloopt, is de kans op conflictueuze verhoudingen kleiner.

Maar er zullen gevallen zijn waarin die conflictueuze verhoudingen toch ontstaan. Denkbaar is, bijvoorbeeld, dat de communicatie niet goed is verlopen. Denkbaar is ook dat op de *open disclosure* optimaal is verlopen, maar de patiënt, bijvoorbeeld doordat de zorgverlener een hoge mate van schuld aan het incident heeft en de gevolgen zeer ernstig zijn, toch ontstemt blijft/raakt. Denkbaar is ook dat het om een patiënt gaat die bovengemiddeld snel geprovoceerd is. Er zijn veel meer oorzaken van verstoorde relaties te noemen.

In geval van een (dreigend) conflict treedt de klachtenfunctionaris op als bemiddelaar. Die rol heeft hij over het algemeen ook al in de huidige praktijk – en ook volgens het beroepsprofiel. Bemiddelen in een conflictueuze of gespannen situatie is dus een 'klassieke taak' van de klachtenfunctionaris. In zoverre is bemiddelen na een ernstig incident niets nieuws. Overigens zal duidelijk zijn dat de lijn tussen bijstand in communicatie met de arts enerzijds en anderzijds bemiddeling, niet altijd scherp te trekken is. Bemiddeling kan, bijvoorbeeld, voor een deel bestaan uit een geslaagde poging de communicatie beter te laten verlopen.

208 Dit kwam naar voren uit de patiënteninterviews. Zie hoofdstuk 3.

Het is van belang op te merken dat die bemiddeling zich kan, maar niet hoeft uit te strekken tot financiële aspecten. De bemiddeling kan zich heel goed louter richten op herstel van de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Een succesvolle bemiddeling op dat front hoeft aan een daaropvolgende vordering tot schadevergoeding niet in de weg te staan. Wat succesvolle bemiddeling wel kan voorkomen, is dat de patiënt op oneigenlijke gronden een vordering tot schadevergoeding instelt, bijvoorbeeld wegens rancune jegens de arts of enkel om een oordeel van derden uit te lokken. Dat zou een belangrijke verdienste zijn.

(iii) Praktische bijstand
Tot op zekere hoogte kan de klachtenfunctionaris de patiënt ook praktische bijstand verlenen. Te denken is met name aan de situatie waarin de patiënt te kennen geeft dat hij financiële schade heeft geleden door het mogelijk verwijtbare incident. De klachtenfunctionaris kan de patiënt (zo hij dat wil) helpen een brief op te stellen waarin hij verzoekt die schade vergoed te krijgen. Daar zit overigens wel een grens aan; het ligt voor de hand dat de klachtenfunctionaris de patiënt aanraadt zich tot een derde te wenden als het belang en/of de complexiteit van de zaak het vermogen van de klachtenfunctionaris adequaat te adviseren te boven gaan.

Nadere normontwikkeling over rol klachtenfunctionaris door beroepsgroep

In het voorgaande is op hoofdlijnen uiteengezet welke rol de klachtenfunctionaris na een ernstig incident ten behoeve van de patiënt zou moeten spelen op het terrein van communicatie, bemiddeling en praktische bijstand. Over de nadere invulling van die activiteiten is meer te zeggen dan hier is gebeurd. De meest aangewezen wijze om tot verdere gedachtevorming te komen is discussie binnen de beroepsgroep – bij welke discussie dan uiteraard weer andere partijen zoals artsen, ziekenhuisbestuurders en onderzoekers betrokken kunnen worden.

De klachtenfunctionaris van reactief naar proactief

De vraag is gerechtvaardigd hoe de rol van de klachtenfunctionaris zoals die hier wordt bepleit, zich verhoudt tot de huidige rol van de klachtenfunctionaris in de praktijk.

In het kader van dit onderzoek is geconstateerd dat er ziekenhuizen zijn waarin de klachtenfunctionaris in meer of mindere mate functioneerde zoals hiervoor

werd geschetst, maar staande praktijk lijkt dat nog niet te zijn. Het verschil lijkt met name gelegen te zijn in het volgende.

Over het algemeen vloeit in de huidige praktijk de betrokkenheid van de klachtenfunctionaris voort uit zekere onvrede van de patiënt. Het initiatief tot het contact met de klachtenfunctionaris ligt dus over het algemeen bij de patiënt. Een wezenlijk onderdeel van de onderhavige aanbeveling voor betrokkenheid van de klachtenfunctionaris is dat daarin het initiatief niet uitgaat van de patiënt, maar van de instelling. De betrokken arts vraagt de patiënt zelf of hij behoefte heeft aan betrokkenheid van de klachtenfunctionaris. Denkbaar is ook, afhankelijk van de omstandigheden van het geval, dat de klachtenfunctionaris de patiënt benadert.

De gedachte hierachter is dat een verwijtbaar medisch incident, hoe paradoxaal dat ook klinkt, niet hoeft te resulteren in onvrede bij de patiënt. Uiteraard is het zo dat de patiënt de uitkomst van de ingreep negatief waardeert. Er is na een mogelijk verwijtbaar medisch incident een situatie van 'verhoogd risico'; er *kan* gemakkelijk onvrede bij de patiënt ontstaan. Maar er kan bij patiënten ook begrip voor (mogelijke) fouten door zorgverleners bestaan. Een adequate *open disclosure* draagt daar sterk aan bij. Er zijn als gezegd gevallen waarin door een adequate reactie van de zorgverlener na een verwijtbaar medisch incident de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt zelfs sterker is geworden. Een ernstig incident hoeft dus niet te resulteren in een 'klachtbehoefte'.

Als het zo is dat de klachtenfunctionaris tijdens de periode na een incident aan het juiste verloop van de bejegening van de patiënt, en dus aan het afwenden van onvrede bij de patiënt kan bijdragen, dan lijkt het niet juist die klachtenfunctionaris pas in het proces te betrekken als de patiënt die betrokkenheid zelf vanuit negatieve beweegredenen zoekt. De zorgverlener moet voor de goede gang van zaken na het incident de mogelijkheid van die betrokkenheid zelf, proactief, aan de orde stellen. Zo beschouwd is het dus ook niet zuiver om het woord 'klachtenfunctionaris' bij een mogelijk verwijtbaar incident letterlijk te nemen; het streven is er juist op gericht klachten te voorkomen.

Dat betekent dat bij navolging van de onderhavige aanbeveling, de rol van de klachtenfunctionaris na een medisch incident groter wordt, in de zin dat hij vaker, eerder en intensiever bij incidenten betrokken raakt.

Wanneer en hoe raakt de klachtenfunctionaris betrokken?

Aparte aandacht verdient de vraag hoe en door wie aan de patiënt de mogelijkheid van betrokkenheid van de klachtenfunctionaris wordt voorgehouden. Bij de passage over de proactieve rol van de klachtenfunctionaris, bleek al dat niet moet worden gewacht totdat de patiënt zich uit onvrede over de gang van zaken na het incident zelf bij hem meldt: het doel is, mede door inschakeling van de klachtenfunctionaris, die onvrede juist af te wenden.

Het lijkt de voorkeur te hebben als de arts bij de patiënt aankondigt dat de klachtenfunctionaris zich bij hem zal melden om te vertellen wat hij in het proces dat volgt op het incident kan betekenen. Het lijkt belangrijk de klachtenfunctionaris zelf de gelegenheid te geven aan de patiënt uit te leggen wat zijn rol zou kunnen zijn – en niet de zorgverlener de patiënt te laten vragen of hij prijs stelt op betrokkenheid van de klachtenfunctionaris – omdat niet zeker is dat de zorgverlener die uitleg steeds even adequaat kan geven. De zorgverlener zal na zijn vooraankondiging bij de patiënt van het incident melding maken bij de klachtenfunctionaris – voor zover hij dat al niet gedaan had.

Dat gezegd hebbende moet men er voor waken dat de patiënt de klachtenfunctionaris gaat beschouwen als een hulppersoon van de instelling in plaats van als neutrale partij die de patiënt kan bijstaan. Naarmate van de klachtenfunctionaris sterker de suggestie uit gaat dat hij bij de afwikkeling van het incident betrokken zou moeten worden, is dat risico groter. Het is dus zaak dat de klachtenfunctionaris daarin een evenwicht vindt. Voor de patiënt moet er een duidelijk moment zijn waarop hij kiest, of juist niet kiest, voor betrokkenheid van de klachtenfunctionaris.

De dubbelrol van disclosure coach en 'derde' die mede de belangen van de patiënt bewaakt

Hiervoor (Aanbeveling 2) werd aanbevolen de artsen bij *open disclosure* actief te ondersteunen. In de toelichting is aangegeven dat het binnen de huidige verhoudingen denkbaar is dat de klachtenfunctionaris die rol krijgt toebedeeld (er zijn, als gezegd, ook alternatieven). In de onderhavige aanbeveling wordt aan de klachtenfunctionaris de rol van ondersteuner van de patiënt toebedeeld. Bovendien werd onder Aanbeveling 3 opgemerkt dat de klachtenfunctionaris ook de functie van vaste contactpersoon en 'regisseur' zou kunnen vervullen.

De vraag is of die verschillende rollen wel te combineren zijn. Het onderzoek geeft voor ontkennende beantwoording van die vraag geen grond. Er zijn zelfs situaties denkbaar waarin de rollen elkaar juist versterken. Bijvoorbeeld: naarmate de klachtenfunctionaris de zorgverlener beter voorbereidt op het gesprek met de patiënt, is de kans dat de communicatie met de patiënt bevredigend verloopt groter.

Intussen is wel van groot belang dat, als hij inderdaad met deze verschillende functies belast zou worden, de klachtenfunctionaris de verhoudingen steeds scherp in het oog houdt. In de relatie tussen zorgverlener en patiënt zitten als gezegd potentieel tegengestelde belangen. Zo kan wat de zorgverlener wel en niet vertelt, van invloed zijn op de wil van de patiënt een vordering tot schadevergoeding in te stellen; het kan zelfs mede bepalen of de patiënt te weten komt dat sprake is van een verwijtbaar medisch incident. Een valkuil zou kunnen zijn, bijvoorbeeld, dat de klachtenfunctionaris, doordat de zorgverlener contact met hem zoekt en hem in vertrouwen neemt, psychologisch geneigd is het perspectief van de zorgverlener scherper te zien dan dat van de patiënt.

Om dergelijke valkuilen te voorkomen moet de klachtenfunctionaris aan tamelijk zware eisen voldoen wat betreft scholing, competenties, ervaring en persoonlijkheid. Hierop ziet Aanbeveling 6.

Voor de goede orde: met de onderhavige paragraaf is niet bedoeld te zeggen dat het de voorkeur zou hebben dat de klachtenfunctionaris tevens de *disclosure coach* is en/of de rol van contactpersoon en regisseur zou vervullen. Op dat punt wordt in dit onderzoek geen voorkeur uitgesproken (zie ook Aanbeveling 2). Het ging er hier slechts om de mogelijke bezwaren tegen combinatie van de rollen te bespreken.

Mogelijke twijfel bij patiënten over de neutraliteit van de klachtenfunctionaris; de verplichting een alternatief te bieden.

Los van de inhoudelijke kant van, om zo te zeggen, de neutraliteit van de klachtenfunctionaris, is er het beeld dat patiënten van de klachtenfunctionaris hebben. Uit de patiënten interviews[209] blijkt dat twijfel over de neutraliteit van de klachtenfunctionaris voorkomt. De enkele wetenschap dat de klachtenfunctionaris aan de instelling verbonden is, is voor sommige patiënten voldoende aanleiding de onpartijdigheid van de klachtenfunctionaris te betwijfelen. Als daar nog de hoedanigheid van coach voor de arts bij zou komen, en dus zijn

[209] Zie hoofdstuk 3.

betrokkenheid bij 'de andere kant' geïnstitutionaliseerd zou worden, kan dat aan de twijfel bijdragen.

Op het ogenblik zijn klachtenfunctionarissen over het algemeen in dienst van de instelling. Uitgangspunt is dat zij binnen de instelling zo zijn gepositioneerd, dat zij werkelijk onafhankelijk kunnen functioneren. In het kader van het onderzoek is de vraag gesteld of het, teneinde de verdenking van partijdigheid tegen te gaan, zinvol is de klachtenfunctionaris uit te plaatsen, in die zin dat hij niet meer in dienst van de instelling zou zijn, maar arbeidsrechtelijk zou worden ondergebracht in een aparte juridisch entiteit. Deze aanbeveling wordt niet gedaan. Het belangrijkste argument is dat het nu eenmaal zo is dat de klachtenfunctionaris materieel *niet* buiten de instelling staat. En dat moet ook niet zo zijn. Als gezegd is het voor het proces van vertrouwensherstel tussen zorgverlener en patiënt van belang dat zich in hun initiële communicatie niet een werkelijk externe mengt, omdat dat het potentieel positieve verloop van die communicatie kan schaden. Geconstateerd is dat de klachtenfunctionaris, juist vanwege zijn verbondenheid aan en bekendheid binnen de instelling, hier succesvoller kan zijn dan die externe derde.

Over het algemeen lijken klachtenfunctionarissen die in dienst van de instelling zijn, wat betreft de beeldvorming bij de patiënt sterk te vertrouwen op hun persoonlijke vermogen aan de patiënt in woord en in daad te demonstreren dat zij werkelijk neutraal zijn. Foldermateriaal en andersoortige communicatie vanwege de instelling kan de neutraliteit van de klachtenfunctionaris benadrukken, maar doorslaggevend voor het beeld bij de patiënt zal het optreden van de individuele klachtenfunctionaris zijn.

De inspanningen moeten er dus op gericht zijn, zowel van de instelling als van de klachtenfunctionaris, de patiënt te doen weten dat de klachtenfunctionaris een neutrale partij is, ondanks zijn betrokkenheid bij instelling en zorgverlener. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat sommige patiënten niet overtuigd zullen zijn. Twijfel over de neutraliteit van de klachtenfunctionaris kan een aantal oorzaken hebben. Ten eerste is denkbaar dat bepaalde patiënten na een incident, mede afhankelijk wellicht van de ernst en toedracht, jegens alle aan de instelling gelieerde personen wantrouwen koesteren. Denkbaar is ook dat zij eenvoudig niet overtuigd zijn door de mededeling dat de klachtenfunctionaris weliswaar onderdeel uitmaakt van de organisatie, maar toch neutraal is. Denkbaar is tenslotte ook dat de klachtenfunctionaris tot twijfel aan zijn neutraliteit aanleiding heeft gegeven.

De vraag is wat er dan moet gebeuren. De verplichting van de zorgverlener om de patiënt de bijstand te verschaffen die een klachtenfunctionaris zou kunnen verlenen, houdt niet op als die patiënt geen heil ziet in betrokkenheid van de klachtenfunctionaris vanwege twijfel over diens neutraliteit. Die twijfel kan immers veelal tot op zekere hoogte wel navoelbaar zijn. Een gedachte als 'hij is daar in dienst dus hij zal wel partijdig zijn' is niet geheel onbegrijpelijk.

Wat er moet gebeuren als de betrokkenheid van de klachtenfunctionaris voor de patiënt geen optie is, valt niet in algemene zin te zeggen. Op dit punt wordt nader ingegaan bij Aanbeveling 5. In die aanbeveling komt meer in het algemeen aan de orde de opties die de patiënt als alternatief voor of in aanvulling op betrokkenheid van de klachtenfunctionaris moeten worden geboden.

In het navolgende volgt een korte schets van het functioneren van een functionaris die na een ernstig incident verschillende functionaliteiten in zich verenigt.

Mevrouw drs. I.A.H. Vermeulen-Mulders, Hoofd Afdeling Klachtenbemiddeling Elkerliek Ziekenhuis

"*Met enige regelmaat zit ik om de tafel met patiënten en/of familieleden van patiënten bij wie een fout gemaakt blijkt te zijn gemaakt. De reden van die gesprekken is veelal frustratie, onmacht en boosheid omdat niet duidelijk is gemaakt wat er precies is gebeurd. Zolang men onvoldoende informatie heeft, kunnen patiënten het gebeurde geen 'plaats geven'. Ik heb meestal niet de indruk dat medewerkers geen openheid van zaken willen geven, maar meer dat er sprake is van onwetendheid (niet weten wat de behoeften van de patiënt of de familie zijn) en onzekerheid (wat mag ik allemaal zeggen). Daarnaast doet betrokkenheid bij een calamiteit ook iets met de hulpverlener zelf, en kan zijn/haar eigen gevoel ook in de weg zitten.*

Een specifiek geval is het volgende. In december 2011 vond er een calamiteit plaats op de OK. Bij een patiënt is een fout gemaakt, met invaliditeit tot gevolg. De fout is meteen gemeld bij de Raad van Bestuur, die vervolgens contact met mij heeft opgenomen. Dezelfde dag heb ik gesproken met de betrokken specialist en met de patiënt en haar familie (na haar toestemming). Tot slot ben ik aanwezig geweest bij het gesprek waarin de specialist tegen de patiënt heeft verteld wat er was gebeurd.

In het traject erna heb ik een als spin in het web gefungeerd. Op het moment dat de patiënt ging nadenken over wat de invaliditeit voor haar betekende en besloot het ziekenhuis daarvoor aansprakelijk te stellen, heb ik haar daarbij de weg gewezen. Na erkenning van aansprakelijkheid is de patiënt thuis, in mijn aanwezigheid, bezocht door een letstelschade-adviseur van MediRisk. Inmiddels is twee keer een voorschot uitbetaald en is de patiënt in afwachting van het definitief afronden van de claim.

Ik ben ook aanwezig geweest bij het gesprek waarin de Raad van Bestuur de conclusies en aanbevelingen uit het interne onderzoek (ten behoeve van de IGZ) aan de patiënt en haar

echtgenoot heeft toegelicht.

Al vrij vlot na het incident ontwikkelde de patiënt psychische klachten. In overleg met de behandelend specialist, is zij verwezen naar een van de klinisch psychologen. Met behulp van EMDR heeft de patiënt de ervaring van het incident beter een plek kunnen geven. In januari 2013 vertelde de patiënte mij dat ze inmiddels weer een paar uur per week werkt en het langzaamaan wat beter met haar gaat.

Zoals de patiënt het incident een plaats heeft moeten geven, moest de betrokken specialist dat ook. Met de specialist zijn door mij een paar gesprekken gevoerd. De opvangmogelijkheden voor hem zijn daarin ook aan de orde geweest. Hij is daarin zijn eigen weg gegaan. Contact tussen de patiënt en de specialist is er nog steeds. Met enige regelmaat zien zij elkaar op de poli en ik hoor hen met betrokkenheid over elkaar spreken.

Vanuit mijn rol binnen de klachtenbemiddeling heb ik een functie bij de opvang van patiënten en/of familieleden bij klachten en calamiteiten. Sinds 2011 vervul ik op verzoek van de Medische Staf en de Raad van Bestuur een zelfde rol bij de opvang van medisch specialisten.

5. Zo nodig worden de patiënt na een ernstig incident, naast betrokkenheid van de klachtenfunctionaris, de volgende alternatieve en/of aanvullende opties geboden:
- **Toegang tot een retrospectieve second opinion;**
- **Betrokkenheid van een medicus als externe bemiddelaar ;**
- **Betrokkenheid van een niet-medicus als externe bemiddelaar ;**
- **Toegang tot een formele interne klachtenbeoordelingsprocedure;**
- **Toegang tot bijstand door een externe derde.**

Inleiding

Hiervoor werd gesteld dat de klachtenfunctionaris na een mogelijk verwijtbaar medisch incident op verschillende terreinen een rol moet spelen: (i) communicatie, (ii) bemiddeling en (iii) praktische bijstand. Met het vervullen van die rollen is de klachtenfunctionaris een bepalende figuur in de periode na een mogelijk verwijtbaar incident. Hij vormt, om zo te zeggen, het eerste vangnet ter voorkoming van tekortschietende opvang en bejegening.

Maar dat vangnet zal het niet altijd houden. Er kunnen zich omstandigheden voordoen waarin de klachtenfunctionaris niet in alle gerechtvaardigde behoeften van de patiënt kan voorzien. De volgende drie 'grondfiguren' zijn te noemen.

Ten eerste is een belangrijke beperking aan het functioneren van de klachtenfunctionaris dat hij zich medisch inhoudelijk geen oordeel aanmeet. Wat de zorgverlener aan de patiënt over het incident vertelt, is voor de klachtenfunctionaris een gegeven. Hij kan in communicatieve zin veel betekenen, maar over het algemeen ontbeert de klachtenfunctionaris de kennis om te oordelen over de medisch inhoudelijke kant van de zaak. Het behoort ook niet tot zijn taak. De patiënt kan intussen aan een inhoudelijke beoordeling van wat hem wordt verteld wel behoefte hebben.

Ten tweede is denkbaar, zoals hiervoor werd opgemerkt, dat de patiënt in het functioneren van de klachtenfunctionaris onvoldoende vertrouwen heeft omdat deze is verbonden aan de instelling. Bij gebreke van dat vertrouwen kan de klachtenfunctionaris de patiënt moeilijk van dienst zijn. Een variant op deze situatie is die waarin de patiënt gaandeweg het vertrouwen in de klachtenfunctionaris verliest, bijvoorbeeld doordat deze naar het oordeel van de patiënt niet onafhankelijk of anderszins gebrekkig opereert.

Ten derde kan het zich voordoen dat de bemiddeling van de klachtenfunctionaris niet is geslaagd, in de zin dat de patiënt onvrede blijft houden over het optreden van de zorgverlener. De patiënt kan menen dat hij niet correct is bejegend, dat hem onvoldoende informatie ter beschikking is gesteld, dat onvoldoende voortvarend is gecommuniceerd, et cetera.

Alternatieve/aanvullende voorzieningen

Onder deze omstandigheden rijst de vraag of, en zo ja welke alternatieve/aanvullende voorzieningen aan de patiënt geboden moeten worden om alsnog aan de gerechtvaardigde behoeften van de patiënt tegemoet te komen. Doordat die behoeften sterk uiteen kunnen lopen, zal er een variëteit aan alternatieve/aanvullende voorzieningen moeten bestaan. Uit de onderzoeksresultaten volgt dat de volgende opties beschikbaar zouden moeten zijn.

Toegang tot een retrospectieve second opinion

Over het algemeen is het voor de patiënt niet mogelijk de verklaringen van de zorgverlener over de medisch-technische kant van het incident te beoordelen. In het huidige bestel zijn er mogelijkheden dat oordeel te verkrijgen, maar die mogelijkheden hebben dan meteen ook een conflictueuze kleur. De patiënt kan

zich tot de tuchtrechter wenden met een tuchtklacht. Of hij kan zich tot een advocaat wenden, met de vraag of hij 'een zaak' heeft. Ook de klachtencommissie kan een optie zijn. Toegang tot een deskundige vanuit een meer neutrale agenda is er eigenlijk niet.

Dat is ongelukkig, omdat aan de behoefte van de patiënt aan een extern oordeel geen conflictueuze tendentie ten grondslag hoeft te liggen. Bijvoorbeeld: een kind heeft neurologisch geboorteletsel, met levenslange beperkingen tot gevolg. De gynaecoloog meent dat sprake is van een complicatie. Vanwege de grote gevolgen voor de toekomst van hun kind, willen de ouders de beslissing over vervolgstappen weloverwogen nemen. Hun eigen oordeelsvermogen biedt voor een weloverwogen beslissing geen basis. Zij kunnen er daarom behoefte aan hebben dat iemand met een objectieve medische blik naar de zaak kijkt.

In de geneeskunde is de prospectieve second opinion over het te voeren behandelbeleid de laatste jaren ingeburgerd geraakt. De second opinion wordt over het algemeen gedekt onder de ziektekostenverzekering. In het vervolg op die ontwikkeling ligt het voor de hand de patiënt na een mogelijk verwijtbaar medisch incident ook de mogelijkheid van een retrospectieve second opinion te geven. In die retrospectieve second opinion spreekt een andere arts een oordeel uit over het handelen van de zorgverlener. Praktisch gesproken zullen retrospectieve en prospectieve second opinion regelmatig kunnen worden gecombineerd.

De daartoe aan te zoeken arts kan eenzijdig door de patiënt worden gekozen, maar ook in overleg tussen de patiënt en de zorgverlener. De second opinion strekt er uitsluitend toe de patiënt in staat te stellen een geïnformeerde beslissing te nemen omtrent zijn vervolgstappen. De second opinion heeft geen bijzondere status in een eventuele procedure tot schadevergoeding. De kosten van deze second opinion behoren gedekt te worden door de reguliere ziektekostenverzekering, vanwege het grote belang voor het welzijn en daarmee de gezondheid van de patiënt van een niet conflictueuze vorm van raadpleging van een deskundige.

Betrokkenheid van een medicus als externe bemiddelaar

Het kan zich voordoen dat de twijfel van de patiënt over het medisch handelen van de zorgverlener verder gaat dan beschreven in de voorgaande paragraaf. Daar was in de kern de gedachte: "Ik kan het zelf niet beoordelen, de dokter keurt zijn eigen vlees, laat iemand anders er maar eens naar kijken". Denkbaar is ook

dat de patiënt een minder neutrale houding heeft, in de zin dat hij werkelijk twijfelt aan wat de zorgverlener hem heeft verteld.

Als er sprake is van een sluimerend of zelfs al verhardend verschil van mening over het oordeel van de zorgverlener, lijkt veelbelovend de optie een ervaren arts, bijvoorbeeld een emeritus hoogleraar, te laten bemiddelen om te bezien of partijen tot elkaar kunnen worden gebracht. Bij gebreke van de mogelijkheid van bemiddeling in deze fase, is het alternatief voor de patiënt het starten van een klacht-, een tucht-, of een civiele procedure. De arts kan zich daardoor, met name als dat rauwelijks gebeurt, gedwongen voelen sterk verdedigende stellingen te betrekken, met alle negatieve gevolgen voor de (behandel)relatie van dien. Bemiddeling heeft de potentie die verharding af te wenden.

Het doel van de bemiddeling kan uiteen lopen. De bemiddeling kan er toe leiden dat alle geschilpunten tussen partijen zijn opgelost. Maar vereist voor het succes van de bemiddeling is dat niet. Het is op zichzelf denkbaar dat onder leiding van de bemiddelaar partijen tot de conclusie komen dat zij van mening verschillen over de vraag of van verwijtbaarheid aan de zijde van de zorgverlener sprake is, maar toch de relatie op persoonlijk niveau wordt hersteld. Zo lijkt een gezamenlijk reconstructie van de medische gang van zaken rondom het incident voor de patiënt op zichzelf al heel zinvol te kunnen zijn – adequate informatie is een belangrijke behoefte van patiënten. Succesvolle bemiddeling sluit, bijvoorbeeld, een vordering tot schadevergoeding niet uit. Er zijn meer varianten op de uitkomst van een bemiddeling denkbaar.

Het Leids Universitair Medisch Centrum kent al de medicus als externe bemiddelaar. In het onderstaande volgt ter illustratie een schets van zijn functioneren.

Prof. Dr. A.E. Meinders, Voormalig internist en afdelingshoofd algemene interne geneeskunde en opleider interne geneeskunde LUMC, thans klachtenbemiddelaar.

"*Klachten van cliënten (veelal patiënten) kunnen op verschillende wijzen worden behandeld. Allereerst kan een klacht mondeling of schriftelijk kenbaar worden gemaakt aan betrokkene en/of diens leidinggevende. Deze zullen proberen , vaak via een onderhoud met de klager, tot een bevredigende oplossing te komen. Ten tweede kan een klacht voorgelegd worden aan het patiënten service bureau. De medewerkers van dit bureau zullen via extra informatie en voorlichting opheldering kunnen geven over de gang van zaken waardoor een klacht is ontstaan. Ten derde kan een klacht schriftelijk worden ingediend bij de klachten coördinator. Deze functionaris stuurt de klacht aan de betrokken medewerker (en zijn leidinggevende) en verzoekt om een schriftelijke reactie. Deze schriftelijke reactie wordt in kopie aan de klager gestuurd. Aan de klager wordt verzocht aan te geven of hij tevreden is met het antwoord en zo niet of hij voor verdere behandeling van zijn klacht gebruik wil maken van een klachtenbemiddelaar dan wel de*

klachtencommissie. Kiest hij voor klachtenbemiddeling dan worden zijn klacht en het antwoord daarop van betrokkene naar een aangezochte bemiddelaar gestuurd.

Klachtenbemiddelaars zijn geen actieve werknemers (meer) van het LUMC. Zij worden meestal gekozen uit oud medewerkers (medisch specialisten) en dan in het bijzonder uit de emeriti hoogleraren van de klinische vakken. Er wordt bij de keuze nadrukkelijk nagegaan of deze goede contactuele eigenschappen bezaten in de omgang met de patiënten. Een klachtenbemiddelaar is bij zijn aanstelling niet ouder dan 69 jaar en kan voor 2 x 3 jaar worden benoemd. Naast de klacht en het daarop gegeven antwoord bestudeert de klachtenbemiddelaar het medisch dossier. Vervolgens heeft hij een gesprek met de klager en (op diens verzoek) eventuele familie, en vrienden of andere vertrouwenspersonen. In dit gesprek wordt de klager verzocht in detail zijn klacht te verwoorden, waarbij de bemiddelaar voornamelijk een luisterend oor heeft en alleen indien noodzakelijk om extra informatie en toelichting vraagt. Van alle belangrijke punten die nog niet in de eerdere briefwisseling zijn genoemd maakt de bemiddelaar aantekeningen. Aan het einde van het veelal 2 uur durende gesprek maakt de bemiddelaar de afweging of bemiddeling een succesvol traject zou kunnen worden. In vrijwel alle gevallen komt hij tot de conclusie dat een poging tot bemiddeling de moeite waard is. Vervolgens overlegt hij met de klager wie bij de bemiddeling betrokken moeten worden. Vaak zal dit de behandelende arts zijn, maar ook verpleegkundigen, administratieve medewerkers, laboratorium medewerkers, ondersteunende specialisten, managementmedewerkers kunnen uitgenodigd worden voor een bijdrage aan de bemiddeling. Het aantal personen dat voor de bemiddeling uiteindelijk wordt uitgenodigd varieert meestal van een tot drie. De bemiddelaar voert nu eerst een gesprek met de aangeklaagden, om zich een goed beeld te kunnen vormen over het gehele traject waarop de klacht berust. Ook verdiept de bemiddelaar zich zo nodig in verdere gegevens die kunnen bijdragen aan een succesvolle bemiddeling. Hierbij moet gedacht worden aan de organisatie van een afdeling, de opbouw van een specialisten opleiding, de beoordeling van ondersteunend onderzoek (röntgenonderzoek, laboratoriumonderzoek, functietesten ed.) . Tenslotte vindt een gesprek plaats tussen de klager (en zijn begeleiders) en de aangeklaagde(n) vaak in aanwezigheid van zijn verantwoordelijk afdelingshoofd. Dit gesprek wordt voorbereid door de bemiddelaar zodat de essentiële onderdelen van de klacht vooral aan bod komen. De bemiddelaar houdt duidelijk de regie in handen zonder het gesprek te domineren. Gepoogd wordt begrip van beide partijen te krijgen voor de ander. Indien dit volgens de bemiddelaar aan de orde is zal hij met name de beklaagde vragen (als het al niet spontaan gebeurt) of hij zijn verontschuldiging wil aanbieden voor de gang van zaken. Anderzijds zal ook aan de klager gevraagd kunnen worden of deze begrip kan opbrengen voor het gebeurde nu hij in detail toelichting heeft gekregen over de gehele gang van zaken. Dit confronterende gesprek tussen klager en beklaagde moet vaak lang worden voortgezet alvorens voldoende begrip is ontstaan over de verschillende standpunten. De kunst van de bemiddelaar is de standpunten te verzachten. Dit laatste gelukt met enige vasthoudendheid vrijwel altijd. Dit is vaak van groot belang omdat de verhouding van de klager met het LUMC niet verbroken moet worden in het belang van de klager (patiënt).
Na afloop van het laatste gesprek maakt de bemiddelaar een schriftelijke samenvatting over het gehele beloop van de bemiddeling. Dit verslag wordt aan alle deelnemers van de bemiddeling gestuurd evenals aan de klachten coördinator en de raad van bestuur. Indien de bemiddelaar dit gewenst vindt kan hij naar aanleiding van de bemiddeling een advies (ter verbetering) geven aan de raad van bestuur.”

Betrokkenheid van een niet-medicus als externe bemiddelaar

In de twee voorgaande paragrafen lag de nadruk op (potentieel) verschil van mening met betrekking tot het oordeel van de zorgverlener over zijn handelen. Dat de klachtenfunctionaris op dat terrein een leemte laat is vanzelfsprekend, omdat hij onvoldoende kennis heeft. Maar ook het terrein waar de klachtenfunctionaris wel een rol toekomt, namelijk bij bemiddeling buiten het medisch inhoudelijke terrein, kan het nodig zijn nadere voorzieningen te bieden. Zoals eerder werd uiteengezet kan het zich voordoen dat de patiënt onvoldoende vertrouwen heeft in de klachtenfunctionaris of dat de bemiddeling door de klachtenfunctionaris ‘mislukt’.

Met name als de klachtenfunctionaris eigenlijk nooit de kans heeft gehad zijn bemiddelingsrol waar te maken omdat de patiënt van meet af aan geen vertrouwen heeft in zijn betrokkenheid, zou de betrokkenheid van een externe bemiddelaar vruchtbaar kunnen zijn. De externe bemiddelaar staat minder dan de klachtenfunctionaris bloot aan de verdenking van vooringenomenheid ten gunste van de zorgverlener. Denkbaar is ook, afhankelijk van de oorzaak van het uitblijven van succes van de bemiddeling door de klachtenfunctionaris, dat de externe bemiddelaar een nieuwe poging tot bemiddeling doet.

Toegang tot een formele interne klachtenbeoordelingsprocedure

Volgens geldend recht is een zorgaanbieder gehouden een klachtencommissie te hebben. Volgens het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg is een klachtencommissie niet langer verplicht (wel is krachtens het wetsvoorstel Wcz het hebben van de klachtenfunctionaris verplicht en bestaat er een verplichting zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie).[210] Dit neemt niet weg dat naar het dat de patiënt de mogelijkheid moet hebben zich na een medisch incident tot een klachtencommissie van de instelling te wenden.

De hiervoor gedane aanbevelingen met betrekking tot de klachtenfunctionaris en de externe bemiddelaar, hebben tot doel via informele weg aan de behoeften van de patiënt tegemoet te komen. Er zullen gevallen zijn waarin die weg niet tot een oplossing leidt. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de zorgverlener zich naar het gevoel van de patiënt zodanig heeft gedragen dat er geen basis is voor bemiddeling; hij wenst eenvoudig een oordeel te krijgen over het gebeurde. Denkbaar is ook dat de zorgverlener zich in het kader van de poging tot

---

210 Zie meer uitgebreid over het bestaande klachtrecht en de mogelijke herziening daarvan op basis van de Wcz par. 2.9.

informele afdoening onvoldoende heeft ingespannen, met het mislukken van die poging tot gevolg. Er zijn veel meer casus te bedenken.

Het behoort tot de verantwoordelijkheden van de instelling een klachtencommissie te hebben die een oordeel uitspreekt over wat er zich onder haar dak heeft afgespeeld. De informele benadering door de klachtenfunctionaris (en eventueel bemiddelaar) enerzijds en de formele klachtencommissie anderzijds, zijn niet met elkaar strijdig, maar juist complementair: aan het einde van een onvoldoende gelukt traject tot informele oplossing, hoort de toegangspoort tot een formele beoordeling van de klacht te staan. Die stelling wordt hier geponeerd in het volle besef dat informele klachtenopvang veel positiever wordt gewaardeerd dan beslechting door de klachtencommissie.[211] Juist vanuit dat besef (en ook overigens op basis van wetenschap over de nadelen van geschillenbeslechting 'op tegenspraak' in het algemeen), werd hiervoor uitvoerig stilgestaan bij de mogelijkheden tot verbetering van het informele traject.

Bij het inrichten van klachtencommissies zou men zich de klachten over de bestaande commissies ter harte moeten nemen. Voor de waardering van het functioneren van de klachtencommissie is met name van belang dat altijd een zitting wordt gehouden en dat in de commissie onafhankelijke leden zitting hebben.

De vraag is hoe zich het voorgaande verhoudt tot de Wcz. De Wcz verplicht ziekenhuizen niet langer een klachtencommissie te hebben. De wetgever verplicht in de Wcz de instelling een oordeel te geven over een klacht, en laat de instelling vrij zelf te bepalen via welke route zij dat doet. De Wcz staat de instelling dus nog wel toe door middel van een klachtencommissie te oordelen. In de Memorie van Toelichting staat zelfs expliciet dat de wetgever de tendens van regionale organisatie van klachtencommissies niet wil doorbreken.

Op grond van de uitkomsten van dit onderzoek moet worden geconstateerd dat het schrappen van de verplichting om een klachtencommissie te hebben niet gelukkig is. Als gezegd zou naast de informele klachtbehandeling in elke instelling een gedegen vormgegeven procedure moeten bestaan om te oordelen over klachten.

De Wcz schrijft voor dat instellingen zich aansluiten bij een geschilleninstantie die onder andere tot taak heeft in hoger beroep te oordelen over beslissingen op klachten van de instelling. Hoe die geschilleninstantie vorm moet krijgen, blijft in de Wcz onuitgewerkt. Men zou twee opties kunnen onderscheiden. Denkbaar is

211 Kruikemeier e.a. 2009.

dat men een centrale nationale geschilleninstantie in het leven roept (bijvoorbeeld door de huidige geschilleninstantie in Den Haag 'op te schalen'). Het probleem zou dan zijn dat patiënten gedwongen zijn voor de behandeling van hun klacht te reizen; dat is weinig patiëntvriendelijk.

Denkbaar is ook dat men regionaal georganiseerde geschilleninstanties in het leven roept. Dat lijkt uit een oogpunt van patiëntvriendelijkheid de voorkeur te hebben. De vraag is dan of het niet efficiënter kan: er zou eerst informele klachtenbehandeling moeten zijn, daarna zou de instelling zelf een oordeel moeten geven en daarna zou de patiënt voor hoger beroep naar de regionale geschilleninstantie kunnen stappen. Te bedenken valt dat de patiënt ook nog altijd het tuchtrecht tot zijn beschikking heeft. Efficiënter lijkt het dan de beoordeling van de klacht door de instelling zelf meteen onafhankelijk te laten geschieden door een regionaal georganiseerde commissie en de nu in de Wcz erg vaag gelaten beoordeling door de instelling zelf te schrappen.

Toegang tot bijstand door een externe derde

Hiervoor werd gememoreerd dat in het kader van dit onderzoek de vraag is gesteld of zo snel mogelijk na het medisch incident een externe derde aan de zijde van de patiënt geplaatst moet worden, teneinde de ongelijkheid in de relatie tussen patiënt en zorgverlener te neutraliseren. Die vraag werd ontkennend beantwoord, omdat die derde, zou men hem *als regel* van meet af aan toevoegen, in de praktijk waarschijnlijk meer kwaad dan goed doet – hij verstoort potentieel bevredigend verlopende *open disclosures*.

Dat aanwezigheid van een externe derde in de periode direct na het incident geen regel moet zijn, betekent echter geenszins dat een externe derde aan de zijde van de patiënt in het algemeen geen goed zou kunnen doen.

Een ernstig medisch incident kan een zeer ingrijpende gebeurtenis zijn. In een (soms sterk) aangeslagen toestand moet de patiënt een interactie aan met de zorgverlener die ingewikkeld en beladen kan zijn. De klachtenfunctionaris kan daarbij helpen, maar de klachtenfunctionaris is neutraal. Hij moet zich de belangen van de patiënt aantrekken, maar kan zich niet uitsluitend op die belangen concentreren. Het is mogelijk dat de patiënt behoefte heeft aan iemand dat wel kan.

Deze 'externe derde' kan verschillende hoedanigheden aannemen. Het kan een vriend of een familielid zijn in wie de patiënt vertrouwen heeft. Het kan ook een

professionele partij zijn. Er zijn gevallen waarin patiënten zich al in een vrij vroeg stadium door een advocaat laten vergezellen. Maar andere derden zijn ook denkbaar. Medewerkers van Zorgbelang Nederland treden soms op voor patiënten. Denkbaar is ook dat de professionele derde ten behoeve van de patiënt deels nog 'uitgevonden moet worden'; zie hieronder.
De activiteiten die deze derde zou kunnen verrichten lopen sterk uiteen. Een wezenlijk element zal veelal zijn de patiënt *moral support* te verlenen. Hij kan bovendien bijdragen aan het in evenwicht brengen van de ongelijke verhouding tussen patiënt en zorgverlener – door door te vragen, te bedenken met wie nader gesproken moet worden, te denken over nadere stappen, enz. De derde kan bovendien op het terrein van de praktische bijstand veel meer dan de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris kan nog helpen een brief op te stellen aan de Raad van Bestuur met een verzoek tot schadevergoeding. Maar die handeling nadert al de grens van wat de klachtenfunctionaris nog kan doen. Voor hulp bij de administratieve lasten van een medisch incident bijvoorbeeld, en de vele praktische vragen die op de patiënt afkomen, zal de patiënt veelal niet terecht kunnen bij de klachtenfunctionaris. Ook verwachtingenmanagement ten aanzien van verschillende juridische wegen en beantwoording van een vraag of de patiënt zich tot een advocaat moet wenden en zo ja tot welke dan, lijken over het algemeen beter door een derde gedaan te kunnen worden.

Nu is het zo dat uit de aard der zaak min of meer volgt dat de zorginstelling over de persoon van deze derde geen zeggenschap heeft. Zodra een individuele zorginstelling zijn bestaan zou faciliteren - voor zover dat überhaupt aan de orde zou zijn; dat is het uiteraard niet bij familieleden, vrienden en advocaten - komt de (gepercipieerde) onafhankelijkheid van de derde in het geding. De instelling kan hier dus eigenlijk niet veel meer doen dan de patiënt op het juiste moment te suggereren een derde aan te zoeken. Die 'verwijzingsfunctie' behoort inderdaad tot de verantwoordelijkheid van de instelling.

Belangrijke 'derden' voor de patiënt hoeven als gezegd niet meer in het leven te worden geroepen omdat ze er al zijn. Er ontbreekt echter nog wel een bepaald soort bijstand aan de patiënt. Om die leemte te vullen wordt in Aanbeveling 11 voorgesteld een pilot te beginnen met een zogenaamde 'casemanager'. Zie hierover nader de betreffende aanbeveling.

Tot slot moet bedacht worden dat de verwijzingsfunctie van de instelling op verschillende momenten in de tijd door verschillende personen binnen de instelling kan worden ingevuld – naar verschillende derden bovendien. Staande praktijk lijkt nu al te zijn, bijvoorbeeld, dat patiënten door artsen wordt geadviseerd om een naaste mee te nemen naar gesprekken over een medisch incident,

omdat het voor de direct betrokkene veelal ondoenlijk is de emotionaliteit van het moment met adequate informatieverwerking te combineren. In een later stadium, als bijvoorbeeld de klachtenfunctionaris in zijn contact met de patiënt merkt dat de gevolgen van het incident hem boven het hoofd lijken te groeien, zou hij kunnen wijzen op het bestaan van derden die praktische steun kunnen verlenen (dat is bijvoorbeeld de bovengenoemde casemanager).

De instelling kan niet meer dan opties aanreiken; de keuze is aan de patiënt

De voorgaande opsomming van voorzieningen die de instelling aan de patiënt zou moeten bieden, suggereert wellicht een grotere zeggenschap van de instelling over de aanwending van die voorzieningen dan in werkelijkheid bestaat. In werkelijkheid is de keuze niet aan de instelling, maar aan de patiënt.

Of, bijvoorbeeld, de klachtenfunctionaris de kans krijgt de bemiddelende rol te spelen die hem hiervoor werd toebedacht, is geheel afhankelijk van de mate waarin de patiënt voor bemiddeling open staat. Dat geldt niet alleen voor bemiddeling door de klachtenfunctionaris, maar ook voor de andere soorten bemiddeling die hiervoor aan de orde kwamen. De patiënt kan er voor kiezen bemiddeling over te slaan en, bijvoorbeeld, direct een vordering tot schadevergoeding in te stellen. Iets vergelijkbaars geldt voor de klachtencommissie. Een ziekenhuis is het aan zichzelf en de patiënt verplicht desgevraagd een oordeel uit te (laten) spreken over wat zich onder haar dak heeft afgespeeld. Maar goed denkbaar is dat de patiënt aan dat oordeel geen behoefte heeft, en zich direct tot, bijvoorbeeld, de tuchtrechter wendt. Vergelijkbare opmerkingen zijn te maken ten aanzien van alle andere voorgestelde voorzieningen.

Het aanbieden van voorzieningen ten behoeve van de patiënt: maximale flexibiliteit is de kern

De voorgaande paragraaf maakt duidelijk dat het bij het systeem van opvang na een medisch incident gaat om een ‘aanbodmodel’. Dat impliceert dat niet alleen belangrijk is dat de vereiste voorzieningen er zijn, maar ook dat zij op adequate wijze worden aangeboden.

De kwestie van moment en wijze van aanbieden speelde ook bij de vraag naar het aanbieden van de diensten van de klachtenfunctionaris aan de patiënt. Daar kon men nog uitgaan van een enigszins gestandaardiseerde situatie: er is een mogelijk verwijtbaar incident, de zorgverlener benadert de klachtenfunctionaris

en de klachtenfunctionaris benadert de patiënt met de vraag of hij prijs stelt op zijn betrokkenheid.

Naarmate men verder van dat initiële moment verwijderd raakt, verveelvoudigt zich de variëteit aan casusposities met grote snelheid. De centrale bevinding van de interviews met 45 patiënten was dat geen geval vergelijkbaar is, omdat op wezenlijke punten grote verschillen bestonden. Om hier een aantal variabelen te noemen die van wezenlijke invloed zijn op wanneer men de patiënt wat aanbiedt: de mate van zekerheid over de vraag of sprake is van een fout of een complicatie, het moment waarop zich de gevolgen van het incident openbaren, de mate waarin tussen patiënt en zorgverlener nog een vertrouwensband bestaat, de individuele behoeften en karakteristieken van de patiënt, de aard en oorzaak van het eventuele ongenoegen van de patiënt, enzovoorts.

Als men de variëteit aan bepalende factoren tot zich laat doordringen, wordt duidelijk dat het niet mogelijk is een werkbaar stappenplan te maken dat voorschrijft welke optie de patiënt op welk moment moet worden aangeboden. Bovendien zal het in werkelijkheid ook niet zo zijn dat men de patiënt eenvoudig opties presenteert en hem dan laat kiezen. Die keuze kan eigenlijk niet anders dan in een dialoog gemaakt worden. De beoordeling zal daarom gedurende een bepaalde periode steeds met inachtneming van alle omstandigheden van het geval, in overleg met de patiënt gemaakt moeten worden.

6. Er moet een verplicht te volgen opleiding worden ontwikkeld voor degenen die vanuit de instelling een geïnstitutionaliseerde betrokkenheid hebben bij de uitvoering van *open disclosures*.

In het voorgaande werd benadrukt dat het uitvoeren van *open disclosures* bijzondere ervaring en deskundigheid eist. Omdat van artsen niet verlangd kan worden dat zij daarover beschikken, werd aanbevolen een *disclosure coach* ter beschikking te stellen (Aanbeveling 2). Voorts werd aanbevolen een vaste contactpersoon en een 'regisseur' te benoemen (Aanbeveling 3) en aan de patiënt de betrokkenheid van een klachtenfunctionaris aan te bieden (Aanbeveling 4). Deze functies kunnen in dezelfde persoon verenigd zijn, maar dat hoeft niet.

Wil men bereiken dat deze functies op het vereiste niveau worden uitgeoefend, dan is scholing vereist. Die scholing ziet deels op het verwerven van kennis en deels op het verwerven van vaardigheden. Belangrijke modules zouden zijn:

1) mediation;
2) gesprekstechniek;
3) gezondheidsrecht;
4) beroepsethiek.

Het ligt voor de hand bij de scholing van simulaties met acteurs gebruik te maken.

Vormen van intervisie zouden van de scholing deel moeten uitmaken. Uit (met name Engelstalige) literatuur blijkt dat de echte dilemma's en moeilijkheden van *open disclosures* het scherpst in beeld komen wanneer men over concrete gevallen met elkaar in gesprek treedt.

Als de klachtenfunctionaris alle rollen speelt

Denkbaar is als gezegd dat de klachtenfunctionaris binnen de instelling alle hiervoor genoemde functies vervult. Die combinatie van functies ligt met name gevoelig waar het de bijstand aan de arts enerzijds en de bijstand aan de patiënt anderzijds betreft. Hiervoor werd opgemerkt dat die combinatie kansen biedt, maar ook risico's oplevert. Er kunnen zich lastige dilemma's voordoen. De klachtenfunctionaris moet dan vanuit neutraal perspectief handelen. Het zal niet altijd makkelijk die neutraliteit te bewaken. Er kan vanuit zorgverleners, de instelling of patiënten druk worden uitgeoefend, en die druk moet men kunnen weerstaan. De klachtenfunctionaris moet dus niet alleen over een behoorlijk aantal competenties en vaardigheden beschikken, hij moet ook over bijzondere integriteit een sterke persoonlijkheid beschikken.

Dat de bestaande populatie klachtenfunctionarissen aan het geschetste beeld voldoet, ligt alleen al niet voor de hand omdat zij bij hun aanstelling nog niet werden verondersteld de functies te vervullen die hiervoor werden geschetst. Zij liggen wel in het verlengde van wat de klachtenfunctionaris nu al doet, maar zij vragen op bepaalde vlakken toch aanzienlijk meer dan de bestaande praktijk. De noodzaak tot nadere opleiding lijkt hier dus bij uitstek te bestaan.

De persoon van de betrokkene

Eerder werd al opgemerkt dat de persoon van de betrokkene van groot belang is voor de mate waarin hij positief aan een *open disclosure* kan bijdragen. Dat geldt

voor de *disclosure coach*, maar, in die gevallen waarin dat een andere persoon is, ook voor de vaste contactpersoon, de 'regisseur' en de klachtenfunctionaris.

In algemene zin lijkt het voor de hand te liggen geen mensen aan te stellen die aan het begin van hun carrière staan; een wat grotere senioriteit en ervaring maken het makkelijker 'boven' partijen te staan en hun vertrouwen te winnen. Voorts draagt medische kennis en ervaring er toe bij dat men de ernst en implicaties van de voorliggende problematiek sneller doorziet. Van de selectie moet een beoordeling van communicatieve vermogens, ethisch besef en onafhankelijkheid van geest deel uitmaken.

In het voorgaande zijn nog maar grove lijnen geschetst. Het is aan het veld een curriculum te ontwerpen en tot een profielschets te komen.

7. De relevante partijen uit de sector stellen een protocol op waarin geregeld wordt hoe na een ernstig medisch incident in termen van opvang en bejegening van de patiënt gehandeld moet worden.

In het voorgaande werd beschreven welke voorzieningen binnen instellingen moeten bestaan om na een ernstig incident tot adequate opvang en bejegening van patiënten te komen. Kort gezegd: er moet een *disclosure coach* zijn, een vast aanspreekpunt en een 'regisseur', een klachtenfunctionaris en een aantal aanvullende/alternatieve voorzieningen. De aanbevelingen beperken zich tot de uitgangspunten; over de praktische inbedding in de organisatie werden in de toelichting op de aanbevelingen wel opmerkingen gemaakt, maar uitputtend waren die opmerkingen niet.

Het ligt voor de hand die praktische inbedding binnen de organisatie te vatten in een protocol. Het is op zichzelf denkbaar dat iedere instelling op individuele basis een dergelijk protocol opstelt, maar omdat veel kwesties min of meer universeel van aard zijn, ligt gedachteontwikkeling op nationaal niveau voor de hand. Daarbij zouden de relevante partijen uit het veld betrokken moeten worden. Dat heeft gunstige effecten op kwaliteit en draagvlak. In dat 'nationale protocol' kunnen dan uiteraard instellingsafhankelijke onderwerpen ter nadere regeling aan de individuele instellingen worden overgelaten.

Er is al veel (internationaal) werk verricht waarmee de opstellers van een protocol hun voordeel kunnen doen. Om een indruk te geven: er is het Britse "*Being Open; Communicating patiënt safety incidents with patients, their families and carers*", het Amerikaanse "*When things go wrong; Responding to adverse*

events” en de Australische “*Open Disclosure Standard; A national standard for open communication in public en private hospitals, following an adverse event in health care*”. Wat Nederland betreft is te noemen “Na een incident, praten met de patiënt; Procedure voor communicatie met patiënten en naasten na een incident of calamiteit” van het VU medisch centrum.

Deze stukken bevatten sterk organisatorisch georiënteerde 'stroomschema's over de gang van zaken na een incident, maar hebben ook een bredere, voorlichtende invulling, in de zin dat zij praktische aanwijzingen geven over de wijze waarop de communicatie moet verlopen en wie daarbij welke rol vervult. Ook die voorlichtende functie is bij het opstellen van een Nederlands protocol nastrevenswaardig.

5.3 Schadevergoeding

De traditionele civielrechtelijk procedure op tegenspraak wordt door patiënten als erg bezwarend ervaren, onder andere vanwege de kostenrisico’s, de lange duur en de conflictueuze sfeer. Het doel is derhalve te komen tot een procedure die zo snel mogelijk, tegen zo laag mogelijke kosten, zo min mogelijk polariserend en juridiserend tot een uitkomst voert. De aanbevelingen 8 tot en met 10 hebben die doelstelling.

8. Ziekenhuizen moeten schades tot een hoger bedrag dan nu gebruikelijk is zelf afwikkelen. Opgemerkt zij dat dit alleen een verbetering is als ziekenhuizen die schadeafwikkeling op de juiste wijze doen. Dat betekent onder andere dat zij tegenover de patiënt nadrukkelijk verantwoordelijkheid nemen voor het gebeurde.

In de literatuur is bepleit geringere claims niet meer door de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis te laten behandelen, maar door het ziekenhuis zelf – in combinatie eventueel met verhoging van het eigen risico. Dat lijkt in de praktijk ook in toenemende mate te gebeuren. Die ontwikkeling biedt bepaalde voordelen.

Ten eerste heeft voor een patiënt het debat over schadevergoeding vaak een morele dimensie, zodat het voor hem onbevredigend is te maken te krijgen met de partij die het niet ‘gedaan’ heeft. Het gevoel tegen een abstracte, gezichtsloze tegenstander te moeten vechten, zou bij afhandeling door het ziekenhuis kunnen

afnemen. In termen van procedurele rechtvaardigheid heeft die benadering daarom sterke kaarten. Het is bovendien zo dat het incident voor de patiënt meer omvattend is dan alleen de financiële kant. Wanneer de financiële kant en andere aspecten tussen dezelfde gesprekspartners worden besproken, lijkt de kans op een alles omvattende oplossing te worden vergroot.
Voorstelbaar is voorts dat het ziekenhuis eerder dan de verzekeraar de behoefte zal hebben wat binnen zijn muren is gebeurd 'recht te zetten'. Mogelijk zal het ziekenhuis meer naar billijkheid oordelen en alle omstandigheden van het geval af te wegen, terwijl een verzekeraar eerder strikt juridisch zal beoordelen of de patiënt voldoende stelt, bijvoorbeeld ten aanzien van het vereiste causaal verband tussen de fout en de vermeende schade om zijn claim in rechte gehonoreerd te zien. Het ziekenhuis lijkt ook eerder in de positie om samen met de patiënt aan tafel te gaan zitten om te bezien wat nu eigenlijk zijn schade is en zal wellicht grotere waarde hechten aan bewaking van de goede verhoudingen. Uit de expertmeetings blijkt dat het voor ziekenhuizen ook in termen van imagovorming belangrijk kan worden gevonden te laten zien dat wanneer er iets mis gaat, zij zich inspannen voor uitbetaling van een billijke schadevergoeding.

'Afdoening door het ziekenhuis' betekent overigens niet per definitie dat het ziekenhuis met betrekking tot het betreffende evenement zelf risicodrager is. Het kan zo zijn dat het ziekenhuis de feitelijke afwikkeling doet, terwijl uiteindelijk de rekening bij de verzekeraar terecht komt. Dat hangt af van het arrangement dat het ziekenhuis en de verzekeraar hebben getroffen. Het kan ook zo zijn dat het ziekenhuis het 'gezicht' van de afwikkeling is, terwijl de verzekeraar op de achtergrond meekijkt en eventueel adviseert. Of er hier een optimaal arrangement is, en wat dat arrangement dan zou zijn, is in het kader van dit onderzoek niet nader onderzocht.

Meer in het algemeen verdient opmerking dat 'schadeafwikkeling door de instelling zelf' niet betekent dat men alles zelf, met eigen mensen, doet. Schadeafwikkeling kent in de kern twee stappen, te weten vaststelling van aansprakelijkheid en vaststelling van de omvang van de schadevergoeding. Het is goed denkbaar dat ziekenhuizen onderdelen van die twee stappen uitbesteden. Zo kan het ziekenhuis er ter vaststelling van de aansprakelijkheid voor kiezen het oordeel over de vraag of een fout is gemaakt voor te leggen aan een, eventueel in overleg met de patiënt, aan te zoeken onafhankelijke externe deskundige. In het kader van de vaststelling van de hoogte van de schadevergoeding, kan het ziekenhuis een partij inschakelen die de schade berekent. Dit laatste ligt met name voor de hand bij meer complexe schadeposten. In het algemeen zullen dat doorlopende schades zijn, zoals verlies van verdienvermogen, huishoudelijke hulp en verlies van zelfwerkzaamheid aan en rond de woning. Waar het om gaat,

is dat het ziekenhuis de afwikkeling als geheel voor de patiënt zichtbaar aan zich houdt, en de verantwoordelijkheid daarvoor niet uit handen geeft.

Uit de expertmeetings bleek dat de zaakskenmerken sterk bepalend zijn voor de wijze waarop de instelling de claim behandelt.[212] De inrichting van de procedure kan bijvoorbeeld naar gelang de complexiteit van de zaak sterk verschillen. Soms kan men er mee volstaan een vrij eenvoudige vraag aan een medische generalist te stellen. Bij complexe incidenten kan het nodig zijn meerdere, eventueel externe specialisten te raadplegen.

Bij de onderhavige aanbeveling moet de volgende kanttekening worden gemaakt. Zoals hiervoor gesteld is afdoening van schade door het ziekenhuis zelf om de genoemde redenen in potentie beter dan afdoening door de verzekeraar. Bedacht moet worden dat de vraag of zich dat potentieel realiseert, grotendeels afhangt van de wijze waarop ziekenhuizen aan die afwikkeling invulling geven. Het vanuit een oogpunt van procedurele rechtvaardigheid aantrekkelijke gegeven, bijvoorbeeld, dat de patiënt de instelling zelf en niet de anonieme verzekeraar tegenover zich heeft, zal alleen het beoogde effect hebben als de instelling zich ook inderdaad presenteert en gedraagt als verantwoordelijke partij.

Bedacht zij, los daarvan, dat er vele gevallen zullen zijn waarin ook ziekenhuis en patiënt op enig moment tegenover elkaar kunnen komen te staan. Het is een illusie te denken dat het enkele feit dat het ziekenhuis en niet de verzekeraar hier de vordering ‘afwijst’, de patiënt die afwijzing gunstiger zal doen waarderen. Afdoening door het ziekenhuis is dus geen panacee voor alle kwalen.

Tot slot zij opgemerkt dat het voor kleinere ziekenhuizen economisch moeilijk kan zijn de expertise voor het zelf afdoen van claims in huis te hebben. Regionale samenwerking zou hier uitkomst kunnen bieden.

Een voorbeeld van een geval waarin het ziekenhuis na een incident zelf nadrukkelijk het initiatief in de afwikkeling naar zich toe trok, is het volgende.

Drs. R. Thieme Groen, Lid Raad van Bestuur Isala Klinieken

“In 2010 werd uit Brits onderzoek duidelijk dat zgn. metaal-op metaal (MoM) heupprothesen vaker aanleiding geven tot complicaties dan heupprothesen gemaakt van ander materiaal. Onderzoek in de Isala klinieken eind 2010 bij een subgroep van 90 eigen patiënten bevestigde de resultaten uit Engeland. In de periode 2005-2010 was er in Isala bij 660 patiënten een MoM-heup geïmplanteerd.

212 Zie hoofdstuk 4, vraag 7.

Toen de omvang van het probleem voor ons ziekenhuis duidelijk werd, heeft de maatschap orthopedie het initiatief genomen alle patiënten met een MoM heup uit te nodigen voor een voorlichtingsbijeenkomst. In die bijeenkomst is in eerste instantie gesproken over de medische gevolgen. Maar ook de mogelijkheid een claim in te dienen is aan de orde geweest. Hoe daarmee zou worden omgegaan en binnen welke termijn daarop gereageerd zou worden. Alle patiënten zijn opgeroepen voor nader onderzoek op de polikliniek.

Uiteindelijk bleek het bij 70 patiënten noodzakelijk de MoM heup te verwijderen en te vervangen door een heup van kunststof materiaal. Voor de patiënt betekende dat een ingrijpende operatie met alle pijn en ongemak van dien en een herstelperiode van ongeveer 6 weken. Het bleek bovendien dat juist deze categorie patiënten vaak al langere tijd pijnklachten had rond de heup, die eerder niet geduid konden worden.

Er volgde een tiental claims. De meeste van patiënten die een re-operatie hadden ondergaan. Een aantal patiënten bij wie re-operatie (nog) niet noodzakelijk was beperkte zich tot een aansprakelijkheidstelling om hun rechten te sauveren.

Isala meende dat het in juridische zin niet aansprakelijk was voor de falende heupprothese. De fabrikant die door het ziekenhuis aansprakelijk was gesteld wuifde iedere aansprakelijkheid weg. Er dreigde een impasse te ontstaan en een langdurig juridisch getouwtrek over aansprakelijkheid.

Uiteindelijk heeft de Raad van Bestuur van Isala klinieken gemeend dat de patiënten daarvan niet de dupe mochten worden. Besloten is aan alle patiënten die een revisie-operatie hebben (of nog moeten) ondergaan - zonder erkenning van aansprakelijkheid - een schadevergoeding te betalen. De hoogte van die vergoeding is gebaseerd op rechterlijke uitspraken in vergelijkbare gevallen. Om zeker te zijn dat het om een billijke vergoeding ging, is een letselschadeadvocaat , die de opdracht had de kwestie enkel te bezien vanuit het patiëntenbelang, gevraagd de regeling te toetsen. De vergoeding was opgebouwd uit drie onderdelen: een bijdrage voor de heroperatie en de herstelperiode, een bijdrage voor de periode van pijn als gevolg van de MoM-heupprothese naar rato van de duur van de klachten en een tegemoetkoming voor juridische bijstand.
Aan de toekenning van de schadevergoeding zijn geen voorwaarden gesteld. Er is de patiënten enkel medegedeeld dat in geval van een gerechtelijke schadeprocedure de rechter gevraagd zou worden het betaalde bedrag te beschouwen als een voorschot op een definitief te betalen schadevergoeding.

Patiënten en hun vertegenwoordigers reageerden positief op dit initiatief. De door enkelen geuite vrees dat deze actie zou leiden tot een hausse aan claims heeft zich niet bewaarheid."

Relatie tot de geschillencommissie van de Wcz

Zoals eerder opgemerkt voorziet de Wcz in de verplichting aansluiting te zoeken bij een geschilleninstantie die oordeelt over vorderingen tot € 25.000,- (zie ook Aanbeveling 9). De vraag kan rijzen hoe de hier voorgestelde vergrote betrokkenheid van de instelling bij de afwikkeling van claims zich tot die geschilleninstantie verhoudt.

Het bestaan van de geschilleninstantie moet door de instelling niet worden opgevat als aanmoediging tot 'uitplaatsing' van de claim van de patiënt. De geschilleninstantie is bedoeld voor een verbeterde en versnelde oplossing van werkelijke geschillen tussen de patiënt en de instelling. Dat betekent dat aan de gang naar de geschilleninstantie een inspanning tot bepaling van de eigen positie ten opzichte van die van de patiënt vooraf gaat. Het moet, met andere woorden, niet zo zijn dat claims eenvoudig worden 'doorgeschoven' naar de geschilleninstantie. Mede om die reden zal een afwijzing van de claim door de instelling als ontvankelijkheidseis voor de geschilleninstantie worden aanbevolen (zie Aanbeveling 9).

9. **Geschillenbeslechting over vorderingen tot schadevergoeding wegens medische fouten moet plaatsvinden door een college waarin de vereiste medische deskundigheid is geïntegreerd. Voor vorderingen tot € 25.000,- verdient het voorstel uit de Wcz voor een geschilleninstantie navolging. In de zaken die door de civiele rechter worden beoordeeld, zouden aan de civiele kamers van rechtbanken en gerechtshoven medisch deskundigen moeten worden toegevoegd.**

Geïntegreerde deskundigheid

De deskundige is in de huidige praktijk de achilleshiel van de procedure tot vergoeding van schade bij medische fouten. Het kost tijd en debat een deskundige te vinden, het kost tijd en debat een deskundige met voor beide partijen aanvaardbare vragen op pad te sturen en vervolgens verloopt de communicatie over het rapport van de deskundige omslachtig doordat over dat advies noch door partijen noch door de rechter rechtstreeks met de deskundige van gedachten gewisseld kan worden.

Dat probleem zou voor een belangrijk deel zijn opgelost als de deskundige niet extern gepositioneerd is, maar onderdeel uitmaakt van het college dat over de vordering oordeelt. Discussie over de te benoemen deskundige is er niet, het format van in overleg met/tussen partijen overeen te komen vragen vervalt en de rechter kan direct met 'zijn deskundige' overleggen. Als partijen een eigen deskundige hebben, kan ter zitting bovendien een werkelijk debat over de medische kant van de zaak plaatsvinden; bij gebreke van een medicus in het college is dat thans niet goed te doen.

Het model van de geïntegreerde deskundige heeft dus belangrijke voordelen. In Duitsland functioneert het model van een ervaren rechter die in samenspraak met een medicus oordeelt naar het lijkt met succes. Tegenargumenten worden in de literatuur eigenlijk niet genoemd.[213]

Om die redenen wordt hier aanbevolen de figuur van de geïntegreerde deskundige in de procedure voor de burgerlijke rechter te introduceren. Onbekend is het fenomeen daar niet; bijvoorbeeld van de Ondernemingskamer en de Onteigeningskamer maken vakdeskundigen onderdeel uit. Nadere studie is vereist naar de vraag hoe die wijziging voor het onderhavige onderwerp binnen het burgerlijk procesrecht kan worden ingepast.

De Wcz sluit op het voorgaande goed aan. De Wcz legt ziekenhuizen de verplichting op ter beoordelingen van vorderingen tot (op termijn) € 25.000,- aansluiting te zoeken bij een geschilleninstantie. Van een dergelijke geschilleninstantie zou een deskundige deel uitmaken.

Wijze van organisatie: tuchtcolleges inspiratiebron

Het ligt voor de hand bij het denken over integratie van medische deskundigheid inspiratie te putten uit het functioneren van medische tuchtcolleges, omdat die integratie daar de standaard is.

Een tuchtcollege bestaat uit vijf leden: twee juristen en drie leden met hetzelfde beroep als de aangeklaagde zorgverlener. Bij minder complexe zaken bestaat het college uit drie personen: een jurist en twee beroepsbeoefenaren. Omdat het bij tuchtzaken alleen gaat om de beoordeling van het medisch handelen terwijl bij de vordering tot schadevergoeding vervolgens ook nog de vertaalslag naar de

213 Integendeel, in haar binnenkort te verschijnen proefschrift over medische aansprakelijkheid zal Rolinka Wijne die geïntegreerde deskundigheid eveneens voorstaan, onder andere op basis van nadere rechtsvergelijking. Ook betrekt zij in haar betoog algemene literatuur over de bezwaren tegen betrokkenheid van externe deskundigen.

civielrechtelijke kwalificatie van dat handelen gemaakt moet worden - gevolgd ook nog door beoordeling van de schadevergoeding - is de 'juridische component' in schadevergoedingszaken veel zwaarder. Het ligt voor de hand dit in de samenstelling van het college tot uitdrukking te brengen.

Tuchtcolleges hebben vaste leden-beroepsbeoefenaren vanuit een groot aantal medische disciplines. Afhankelijk van de aan de orde zijnde discipline worden leden-beroepsbeoefenaren voor de zitting geselecteerd. Het kan voorkomen dat specifieke kennis vereist is die niet onder de leden-beroepsbeoefenaren vertegenwoordigd is. In dat geval wordt een externe beroepsbeoefenaar aangezocht.

Dit model lijkt ook voor de Geschilleninstantie en de in letselschadezaken gespecialiseerde 'letselschadekamer' van de rechtbank in beginsel toepasbaar.

Uitwerking Geschilleninstantie

Inleiding

De wetgever bepaalt in de Wcz niet meer dan dat de instelling verplicht is zich aan te sluiten bij een Geschilleninstantie die oordeelt over vorderingen tot € 25.000,-. Die Geschilleninstantie wordt niet door de overheid in het leven geroepen en/of gefinancierd en er worden in de Wcz ook geen nadere eisen aan zijn inrichting en functioneren gesteld. De verantwoordelijkheid voor de Geschillencommissie wordt geheel ondergebracht bij de branche zelf.

Bij het in het leven roepen van een Geschilleninstantie rijst echter een aantal fundamentele vragen. Een voor de hand liggende gedachte lijkt te zijn de bestaande Geschillencommissie Ziekenhuizen (die oordeelt over vorderingen tot € 5.000,-) eenvoudig 'op te schalen'. Men moet daarbij evenwel bedenken dat op het ogenblik deze commissie op jaarbasis minder dan 50 zaken behandelt en zich dit wat betreft belasting en procedurele druk niet laat vergelijken met de situatie waarin straks over vorderingen tot € 25.000,- geoordeeld moet worden. De redelijke verwachting is dat het aantal zaken vele malen hoger zal liggen, nu de verklaring voor het geringe aantal zaken dat thans aan de Geschillencommissie wordt voorgelegd – 'het belang is te gering om er een zaak van te maken' – bij vervijfvoudiging van de competentiegrens geen opgeld meer doet. Vermeldenswaard in dit verband is dat het gemiddeld uitgekeerde bedrag in medische aansprakelijkheidszaken circa € 19.000,- bedraagt.
Dat betekent dat de door de wetgever beoogde geschillencommissie door de branche min of meer van de grond af aan opgebouwd moet worden. Hierna

wordt een aantal wezenlijke punten besproken die voor het goede functioneren van een geschillencommissie wezenlijk zijn.

1. Regionale organisatie

Het is uit een oogpunt van patiëntvriendelijkheid niet verdedigbaar een geschilleninstantie te hebben met in Nederland slechts een zittingsplaats. Patiënten zouden dan, net als de andere betrokkenen, te veel moeten reizen. Er zullen dus verschillende zittingsplaatsen moeten zijn.

Dat er meerdere zittingsplaatsen zijn, impliceert niet dat op zichzelf de geschillencommissie regionaal georganiseerd is. Een nationale instantie kan verschillende zittingsplaatsen hebben. Maar decentrale organisatie is wel mogelijk.

Decentrale organisatie lijkt inderdaad te prefereren te zijn boven centrale landelijke organisatie: het is beter verschillende regionale commissies in het leven te roepen. Geschillencommissies zullen medewerkers moeten hebben. Er is een grens aan hun mobiliteit. Geschillencommissies zullen bovendien een zeker netwerk in hun geografische omgeving moeten hebben en ontwikkelen, om de vereiste deskundigen aan boord te kunnen krijgen. Bedacht zij dat bijvoorbeeld ook tuchtcolleges, rechtbanken en toetsingscommissies regionaal georganiseerd zijn. Men zou bij de verdeling inspiratie kunnen putten uit de verdeling in arrondissementen van de burgerlijke rechter.

Het lijkt dus onontkoombaar de geschillencommissie, niet alleen wat zittingsplaatsen, maar ook wat institutionele vormgeving betreft, regionaal te organiseren.

2. Werving van deskundigen

Voor het goede functioneren van de geschillencommissies is van doorslaggevend belang of men medisch deskundigen bereid vindt in de commissies zitting te nemen. De wetgever heeft in de Wcz de verantwoordelijkheid voor het in het leven roepen van een geschilleninstantie ondergebracht bij de branche. Het ligt in het verlengde van die verantwoordelijkheidstoedeling ook de verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van deskundigen voor rekening van de branche te brengen, omdat die beschikbaarheid voor het goede functioneren van de geschillencommissies noodzakelijk is.

Bij het uitvoering geven aan die verantwoordelijkheid lijken de verschillende beroepsverenigingen een belangrijke rol te kunnen spelen. Als inderdaad gewerkt zou worden, zoals hiervoor gesuggereerd, met een lijst van deskundigen van verschillende disciplines die afhankelijk van de voorliggende medische

kwestie 'bij oproep' beschikbaar zijn, zou aan de verschillende beroepsvereniging en het verzoek kunnen worden gedaan iemand af te vaardigen.

Uit de expertmeetings bleek dat voor de aanvaardbaarheid van het oordeel van de Geschillencommissie van wezenlijk belang is het gezag van de medicus die in het college zitting heeft. Het wervingsbeleid van de geschillencommissies moet dus een hoog ambitieniveau hebben.

3. Werving van juristen; de voorzitter is een ervaren rechter

In de geschillencommissies zullen juristen een belangrijke taak hebben. Bij vorderingen tot € 25.000,- kunnen ingewikkelde juridische en procedurele kwesties spelen.

Min of meer onontkoombaar lijkt daarom de juridische leiding te stellen in handen van rechter met ervaring op het terrein van medische aansprakelijkheid. Men moet de medische aansprakelijkheid in theorie en praktijk kennen, en bovendien een geoefende 'beslisser' zijn in termen van het oordelen over vorderingen. Het is lastig te bedenken wie anders dan een meer senior rechter aan dat profiel zou voldoen. Denkbaar is dat de branche op dit punt samenwerking zoekt met de rechterlijke macht.

4. Rechtspreken 'als goede mannen naar billijkheid' en niet 'naar de regelen des rechts'

Een klassiek verschil tussen overheidsrechtspraak en alternatieve geschillenbeslechting is dat de overheidsrechter recht spreekt naar de 'regelen des rechts' en men alternatieve geschilbeslechters kan opdragen te oordelen als 'goede mannen naar billijkheid'. Het verschil zou er in medische aansprakelijkheidszaken met name in kunnen schuilen dat de schade niet tot in het diepste detail onderwerp van debat hoeft te zijn – zoals de concrete schadeberekening van het gemene schadevergoedingsrecht in beginsel wel vergt[214] – en volstaan kan worden met een schatting.

5. Mogelijkheid tot hoger beroep

Uitgangspunt van rechtspraak is dat er twee instanties zijn. In hoger beroep is het debat verder uitgekristalliseerd, zodat men beter tot de kern komt. Men kan in hoger beroep ook fouten die in eerste aanleg zijn gemaakt herstellen. Bovendien komt het het gezag van een oordeel ten goede als in twee instanties naar de zaak is gekeken. Voorts bevordert het hoger beroep de rechtseenheid.

214 Met dien verstande dat daar, onder andere door middel van richtlijnen van de Letselschaderaad, standaardisering wordt nagestreefd. Die standaardisering heeft wel grenzen.

Die argumenten gaan ook op ten aanzien van het oordeel van de geschillencommissie. Het enige tegenargument is dat door de mogelijkheid van hoger beroep een procedure veel langer kan duren. De lange duur van procedures over aansprakelijkheid bij medische fouten is een van de factoren die die procedures voor patiënten zo bezwaarlijk maken. Hoewel dit een serieus te nemen argument is, kan het niet opwegen tegen de voornoemde voordelen van het hoger beroep. Daarom moet de mogelijkheid bestaan van het oordeel van de geschillencommissie in hoger beroep te komen. Daarbij wordt geen marginale, maar een volle toetst aangelegd.

6. *Afwijzing door ziekenhuis vereiste voor ontvankelijkheid bij Geschilleninstantie*

Voor ontvankelijkheid bij de geschilleninstantie is vereist dat de vordering van de patiënt door het ziekenhuis is afgewezen. De Wcz stelt een termijn van zes weken voor het nemen van een beslissing, maar het probleem is dat de Wcz onduidelijk is over de toepasselijkheid van de 6 weken termijn op de onderhavige beslissing.

Als het gaat over schadevergoeding is 6 weken zonder meer te kort. Alleen al het verzamelen van alle (medische) informatie duurt vaak minimaal 6 weken. Het verdient overweging voor een alternatieve termijn aansluiting te zoeken bij de termijn van de GOMA. Beginsel 15 luidt: "De aansprakelijkheidsverzekeraar neemt in beginsel binnen drie maanden nadat hij de aansprakelijkstelling heeft ontvangen een onderbouwd standpunt in over de aansprakelijkheid. Mocht deze termijn niet haalbaar blijken, dan meldt hij dit onder opgave van redenen en geeft hij aan wanneer de patiënt alsnog een reactie kan verwachten."

Dit is slechts een voorlopige gedachtegang over hoe de regeling zou kunnen luiden. Over de precieze regeling van dit onderwerp is nadere gedachtevorming nodig. Dat zou moeten gebeuren in samenspraak met de praktijk.

7. Vrijwel gratis toegankelijk

Op het ogenblik vormen de kosten van een civiele procedure een belangrijk bezwaar om een vordering in te stellen. Het zou niet verstandig zijn toegang tot de geschillencommissie geheel gratis te maken, omdat dan geen drempel tegen lichtvaardig claimgedrag zou bestaan. Maar een serieus offer moet van de patiënt niet gevraagd worden, omdat hem dat de facto in de uitoefening van zijn recht op beoordeling van zijn vordering belemmert. Dat betekent ook dat de geschilleninstantie op een zodanige wijze functioneert, dat de patiënt niet gedwongen is een advocaat of een andere rechtshulpverlener in de arm te nemen.

Tuchtcolleges, Geschillencommissies en 'letselschadekamers'; een breder perspectief

In het voorgaande werden los van elkaar verschillende bestaande of nog in het leven te roepen instanties besproken. Vergelijkt men (i) de bestaande tuchtcolleges, (ii) de geschillencommissies zoals die hiervoor werd beschreven en (iii) de met een deskundige verrijkte 'letselschadekamers', dan tonen zich opvallende gelijkenissen. Voor allemaal geldt dat een rechter een centrale rol speelt en dat medici van het college deel uitmaken. Alle drie zijn regionaal georganiseerd. Voorts lijkt het door tuchtcolleges gehanteerde model van een vaste kring van vertegenwoordigers van verschillende medische disciplines met, wanneer men door dat net heen valt, de mogelijkheid bijzondere expertise in te roepen, ook voor geschillencommissie en met een deskundige te verrijken letselschadekamers aantrekkelijk.

Die constatering werpt de vraag op of het niet voor de hand ligt bepaalde personele unies aan te gaan. Het lijkt weinig efficiënt dat alle drie de instanties hun eigen lijst met te benaderen deskundigen hebben. Het lijkt ook weinig efficiënt dat de verschillende geschillencommissies in iedere regio op ad hoc-basis contacten met rechtbanken zoeken om te zien of rechters bereid kunnen worden gevonden de geschillencommissie voor te zitten. Ook lijken er op het terrein van kennisontwikkeling gemeenschappelijke belangen te liggen. Er zijn meer voorbeelden.
Anders gezegd: het besef dat, wil op het terrein van medische aansprakelijkheid werkelijk vooruitgang geboekt worden, medische deskundigheid in het oordelende college geïntegreerd moet worden, leidt tot vrij fundamentele vragen op het terrein van personele en functionele verhoudingen tussen de verschillende rechtsprekende – overheidsrechtspraak of anderszins – instanties. Beantwoording van deze vragen gaat het terrein van dit onderzoek te buiten. Het lijkt noodzakelijk dat hierover doorgedacht wordt in dialoog tussen onder andere vertegenwoordigers van de rechterlijke macht, tuchtcolleges, zorgverleners en academici.

10. Met name in zaken waarin de aansprakelijkheid vast staat, moet worden gepoogd het geschil zo voortvarend mogelijk door middel van een passende vorm van conflictoplossing op te lossen.

Het is valt op dat mediation in zaken van medische aansprakelijkheid weliswaar voorkomt, maar nog niet erg wijdverbreid is. Er is in met name de Engelstalige literatuur bepleit dat (vormen van) mediation in medische

aansprakelijkheidszaken vruchtbaar zouden kunnen zijn, omdat voor de menselijke verhoudingen in mediation meer aandacht bestaat. Dat is belangrijk, omdat patiënten incidenten in de praktijk vooral als een persoonlijke aangelegenheid ervaren. Als op de automatische piloot wordt doorgeschakeld naar discussies over schadevergoeding en juridisering kunnen de achterliggende behoeftes en belangen al snel uit het zich raken. Het directe contact tussen partijen dat aan mediation eigen is, geeft meer ruimte om aandacht te geven aan die behoeftes en belangen.

Op het eerste gezicht lijkt voor mediation nog het meeste ruimte te bestaan als de grondslag van aansprakelijkheid vaststaat, maar partijen verdeeld zijn over kwesties van causaal verband en omvang van de schadevergoeding. Mediation lijkt in het algemeen minder voor de hand liggend als de aansprakelijkheidsvraag nog niet is beantwoord, tenzij de schade zo beperkt van omvang is dat gehele of gedeeltelijke vergoeding kan opwegen tegen de kosten van een volledige procedure, of er andere aspecten zijn dan schadevergoeding die zo dringend zijn dat zij mediation rechtvaardigen.

Een opvallende uitkomst van de expertmeetings was, dat breed werd gedeeld de opvatting dat mediation eigenlijk veel vaker zou moeten plaatsvinden in medische zaken. Een nadeel dat men op voorhand zou kunnen zien, namelijk dat een van de partijen zich in het kader van een mediation onvoldoende inspant om tot een oplossing te komen, blijkt in praktijk geen werkelijk probleem te zijn.

Het lijkt eenvoudig zo te zijn dat mediation zo ongebruikelijk is, dat het veelal niet bij partijen opkomt met elkaar te bespreken of mediation de zaak verder zou kunnen helpen. Het lijkt evident dat dit moet veranderen.

11. Door middel van een pilot wordt onderzocht of en in hoeverre het een goede oplossing is om de thans onder de vleugels van Slachtofferhulp Nederland functionerende casemanagers ook op het gebied van ernstige medische incidenten beschikbaar te laten komen.

De voorgaande aanbevelingen strekken er toe de opvang van patiënten na een ernstig medisch incident te verbeteren. Intussen moet worden vastgesteld dat zelfs wanneer zorgverlener en instelling alles doen wat redelijkerwijze van hen verlangd mag worden, er terreinen zullen zijn waarop de patiënt na een ernstig

medisch incident behoefte aan nadere hulp kan hebben. Op basis van de expert-meetings en de patiënteninterviews zijn de volgende punten te noemen.

Drie domeinen waarop nadere bijstand wenselijk is

De klachtenfunctionaris is degene die vanuit de instelling het sterkst de positie van 'hulpverlener' aan de patiënt nadert. Maar het functioneren van de klachtenfunctionaris kent intrinsieke beperkingen. De klachtenfunctionaris is neutraal; hij zal zich niet aan de zijde van de patiënt scharen. Voorts is in termen van tijdsduur de betrokkenheid van de klachtenfunctionaris beperkt; hij is er zo lang de patiënt in de instelling is. Hij blijft ook daarna benaderbaar, maar komt toch meer op afstand te staan.

Er zijn patiënten die behoefte hebben aan iemand die verdergaande, langduriger steun kan verlenen dan de klachtenfunctionaris dat kan. Daarbij zijn drie terreinen te onderscheiden: het juridische, het praktische en het psychologische domein.

Het juridische domein
Voorlichting over de juridische kant van de zaak behoort in beginsel tot de taken van de klachtenfunctionaris. Aan die voorlichting zitten twee beperkingen. Ten eerste is het zo dat de klachtenfunctionaris aan de instelling gelieerd is. Dat staat er in beginsel niet aan in de weg dat hij informatie verschaft – de klachtenfunctionaris is immer neutraal. Toch kan het voor de patiënt contra intuïtief of zelfs onaanvaardbaar zijn, dat hij de informatie over zijn mogelijkheden tegen de instelling of de zorgverlener te ageren moet vernemen van iemand van de instelling zelf.

Daar komt bij juridische hulpverlening in sommige gevallen verder moet strekken dan wat de klachtenfunctionaris kan bieden, los van de onafhankelijkheidskwestie. Het gaat dan om een kwestie als de keuze voor een advocaat, maar ook om steunverlening gedurende een eventuele procedure. Patiënten blijken het erg moeilijk te vinden die 'strijd' alleen te moeten voeren. Hun advocaat, zo die er is, is weliswaar op hun hand, maar zijn bijstand is toch in de eerste plaats zakelijk. Iemand die de ontwikkelingen in een zaak rustig met de patiënt kan doorspreken, die eventueel met hem mee gaat naar zittingen en die meer aandacht kan hebben voor de emotionele implicaties van het juridische proces, zou veel kunnen betekenen.

Het psychologische domein

In veel gevallen is een ernstig medisch incident naar de gangbare definities een traumatische gebeurtenis. De grote meerderheid van de mensen kan een traumatische gebeurtenis goed zelf verwerken. Een minderheid wordt 'psychisch ziek'; ontwikkelt PTSS, raakt depressief, verslaafd of anderszins ontregeld. Die psychische crisis kan leiden tot nadere sociaal-maatschappelijk schade. Om dit soort ontwikkelingen tegen te gaan, zou er iemand moeten zijn die signaleert dat de betrokkene hulp nodig heeft, en die weet naar welke instantie hij verwezen zou moeten worden om die hulp te krijgen. Ook als er niet direct sprake is van (dreigend) psychisch trauma, kan een medisch incident op zichzelf (of het geschil naar aanleiding van een incident) de behoefte aan psychologische hulp doen ontstaan.

Thans bestaat op dit terrein een leemte. De klachtenfunctionaris staat te ver van de patiënt af om deze functie te vervullen. Het is mogelijk dat de huisarts in deze behoefte voorziet, maar bepaald niet gezegd is dat de patiënt zijn huisarts inderdaad ziet.

Het praktische domein

Een ernstig medisch incident heeft veelal vergaande praktische gevolgen. Er valt iemand weg uit een huishouden, er moeten logistieke zaken geregeld worden, er zijn administratieve implicaties, et cetera. Die omstandigheden doen zich voor in een situatie waarin juist door het incident de patiënt en zijn omgeving niet hun primaire aandacht op de praktische dimensie van het leven gericht hebben. Ook op dit terrein kan derhalve een hulpbehoefte bestaan.

Overwegingen ten gunste van 'casemanager' van Slachtofferhulp Nederland

Aanbevolen wordt middels een pilot te onderzoeken of de hulpverlening aan de patiënt op deze terreinen te versterken is door de introductie van een zogenaamde 'casemanager' zoals die thans onder de vleugels van Slachtofferhulp Nederland (hierna SHN) al functioneert ten behoeve van slachtoffers van geweldsmisdrijven.

De bestaande casemanager van SHN geeft ondersteuning op de drie hiervoor genoemde domeinen. De casemanager functioneert als richtingwijzer, regievoerder en tevens als begeleider en uitvoerder voor de gedupeerden. In de huidige praktijk gaat een casemanager bij SHN eerst heel praktisch aan de slag, maakt een stressanalyse en zorgt ervoor dat men niet meer 'van het kastje naar de muur' wordt gestuurd. Men krijgt dus één enkel aanspreekpunt. Mensen die

begeleid worden door een casemanager geven aan dit heel belangrijk en prettig vinden. Hiernaast vindt de dienstverlening bij de slachtoffers thuis plaats. Er wordt op deze manier voorzien in de verschillende specifieke behoefte van de betrokkene.

De overwegingen om te bezien of de casemanager van SHN ook bij medische incidenten moet worden geïntroduceerd zijn de volgende:

1) de casemanager staat werkelijk aan de zijde van de patiënt en opereert onder het onafhankelijke, van de instelling losstaande SHN;
2) het model van de casemanager voorziet in bijstand gedurende lange tijd, zo nodig jaren;
3) de activiteiten van de bestaande casemanager van SHN komen overeen met de drie hiervoor beschreven domeinen waarop patiënten een hulpbehoefte kunnen hebben;

Er is ook een aantal op SHN als organisatie betrekking hebbende overwegingen om daar de pilot met de casemanager onder te brengen:

4) het stekt tot aanbeveling als de partij die psycho-sociale opvang biedt, daarin al geruime ervaring heeft;
5) SHN is een organisatie die landelijk opereert. Als de pilot een vervolg zou krijgen, zou zij in staat moeten worden geacht opvang van gelijke kwaliteit over heen Nederland te verzorgen;
6) SHN heeft ervaring in het scholen en begeleiden van casemanagers; bovendien zijn er voor specifieke vragen intern specialisten beschikbaar;
7) het is belangrijk dat de organisatie een sterke sociale kaart heeft en een uitgebreid netwerk met alle betrokken organisaties teneinde voor juiste doorverwijzing te kunnen zorgdragen. Door haar bestaande activiteiten voldoet SHN aan dat beeld;

Organisatie van pilot

Bij de opzet van de pilot verdienen onder andere de volgende twee punten belangrijke aandacht.

Ten eerste is een vraag hoe men gedoseerd patiënten tot de pilot kan toelaten. SHN zou zelf een ‘selectietool’ moeten ontwikkelen, zoals dat er ook is voor toegang tot de bestaande casemanager. Maar daarmee melden zich nog geen

mensen aan; het is slechts een selectiecriterium. Zeker zolang het nog om een pilot gaat, lijkt het niet verstandig in den brede te verkondigen dat bij medische fouten steun van een casemanager mogelijk is. De toestroom van (potentiële) deelnemers zou dan onvoldoende gecontroleerd zijn. Een pilot kan dat in kwantitatieve zin niet aan. Het ligt voor de hand voor een gecontroleerde vraag samenwerking te zoeken met de klachtenfunctionarissen. Zij kunnen beoordelen of een patiënt gebaat zou zijn bij bijstand door een casemanager. Als de casemanager 'landelijk uitgerold' zou worden, kan voor opener kanalen als een centraal telefoonnummer gekozen worden.

Ten tweede moet in de opzet van een pilot zijn geïntegreerd wetenschappelijk onderzoek naar het functioneren van de pilot. Dat onderzoek zou tot doel hebben te bezien of inderdaad op het gebied van medische fouten de casemanager een belangrijke toegevoegde waarde heeft. Bovendien kunnen, als het antwoord op de eerste vraag bevestigend is, uit het eerste functioneren van de casemanager lessen worden getrokken ten behoeve van het functioneren van toekomstige casemanagers. Men zou het onderzoek ook zo dicht op de pilot kunnen zetten, dat al direct terugkoppeling van resultaten ter verbetering kan plaatsvinden. Als dat mogelijk is, heeft dat de voorkeur.

12. De effectiviteit van het voorgestelde beleid en de voorgestelde interventies wordt gemeten. Op het terrein van letselschade-afwikkeling vindt een jaarlijks terugkerende analyse van een reeks aselecte individuele dossiers plaats.

Dat het op het onderhavige terrein verbeteringen noodzakelijk en mogelijk zijn, kan in redelijkheid moeilijk betwijfeld worden. Het onderzoek beoogt tot die verbeteringen bij te dragen. Uit de aard der zaak volgt dat over de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen nog geen cijfers voorhanden zijn. Meer in het algemeen geldt dat op dit jonge onderzoeksterrein de gedachtevorming nog tamelijk tentatief is.

Het is daarom van belang meer te 'meten'. Er is, bijvoorbeeld, op basis van de literatuur en gesprekken met mensen in het veld reden te veronderstellen dat het de frequentie en kwaliteit van de *open disclosure* ten goede komt als artsen worden bijgestaan door een *disclosure coach*. Als dit instituut inderdaad in het leven wordt geroepen, moet worden gemonitord wat het effect er van is. Op basis daarvan kan dan over enige tijd worden beoordeeld of de interventie effectief is en hoe die effectiviteit eventueel nog verder vergroot kan worden. Een ander

voorbeeld: er is op basis van algemene uitgangspunten van procedurele rechtvaardigheid en de literatuur reden te veronderstellen dat het voor patiënten prettiger is als ziekenhuizen de afwikkeling van kleinere schades aan zich houden. Ook hierover zouden de komende jaren cijfers verzameld moeten worden.

Het voorgaande geldt voor alle aanbevelingen. Meer in het bijzonder ten aanzien van het domein van de letselschade wordt het volgende opgemerkt.

Een punt waar nog weinig duidelijkheid over bestaat maar dat wel zeer wezenlijk is, is het volgende. In de patiënteninterviews geven verschillende patiënten te kennen dat naar hun gevoel de verzekeraar niet te goeder trouw is, dat hij de patiënt net zo lang aan het lijntje houdt tot hij opgeeft, enz. Men hoort dat in het professionele veld ook wel zeggen en er zijn ook rapporten waarin dit wordt gesteld. Aan de andere kant menen verzekeraars dat er al veel ten goede verbetert, dat het om vaak ingewikkelde kwesties gaat waarin het nu eenmaal moeilijk is duidelijkheid over relevante feiten te krijgen en dat veelal slechte belangenbehartigers ook aan de moeizame afwikkeling bijdragen. Er zijn bovendien andere vertragende factoren, zoals (het gebrek aan) snelheid waarmee ziekenhuizen informatie aanleveren.

In dit debat kan eigenlijk alleen maar vooruitgang worden geboekt door op het niveau van individuele zaken te analyseren wat er nu eigenlijk gebeurd is. Pas als men een reeks dossiers werkelijk grondig in kaart heeft gebracht, is te zeggen waar in meer algemene zin de verantwoordelijkheden voor het moeizame verloop van de afwikkeling liggen. Het is daarom noodzakelijk dat jaarlijks een reeks aselecte dossiers aan een analyse wordt onderworpen. Zonder een dergelijke analyse zal de discussie zich op het 'welles nietes-niveau' blijven bevinden waarop hij zich nu al enkele jaren bevindt.

5,4 Discussie; vragen voor toekomstig onderzoek

Inleiding

In het vervolg op de aanbevelingen volgen hier nog een aantal opmerkingen. Voor een deel gaat het om wat meer abstracte beschouwingen en voor een deel zijn het suggesties voor nader onderzoek.

Potentieel voor verbetering binnen bestaande stelsel en denken over alternatieven[215]

Belangrijke ontwikkelingen op het terrein van de medische aansprakelijkheid zijn tamelijk jong. De KNMG-richtlijn die artsen verplicht open te zijn over fouten dateert van 2007. De GOMA dateert van 2010. De 'letselschadekamer' is er sinds 2005 en de deelgeschillenregeling is in 2010 in werking getreden. De Wcz werd in 2010 aanhangig gemaakt. Het terrein is derhalve volop in beweging.

Die beweging is nog niet ten einde. Onder andere het onderhavige onderzoek hoopt de zaak nog een stuk verder te brengen. Om een enkel voorbeeld te geven: met name de conflictueuze sfeer die rondom een (vermeende) fout en een claim kan ontstaan, is voor de patiënt erg bezwarend. De aanbevelingen voorzien op drie plaatsen in bemiddeling om die verharding zo veel mogelijk af te wenden (kort na het incident door de klachtenfunctionaris, later door een externe derde en mediation bij de schadeafwikkeling). Er zou belangrijke vooruitgang worden geboekt als deze aanbevelingen het beoogde resultaat hebben. Zo zijn er meer terreinen te noemen.

Er lijkt derhalve een aanzienlijk potentieel tot vooruitgang te bestaan binnen het huidige stelsel. Dat gezegd hebbende moet erkend worden dat vooralsnog het klassieke aansprakelijkheidsrecht op het medische terrein geen tot de verbeelding sprekende staat van dienst heeft. Niet op voorhand uit te sluiten is dat, bij gebreke van vooruitgang, op enig moment de conclusie moet luiden dat een ander stelsel de voorkeur heeft, of dat fundamentele aanpassingen nodig zijn.

Men moet zich bij het denken over alternatieve stelsels, of over het doorvoeren van structurele wijzigingen, wel realiseren dat problemen die zich onder het huidige recht manifesteren, gemakkelijk opnieuw de kop op kunnen steken. Waar patiënten menen bepaalde zorggerelateerde schade te hebben, zullen zij altijd, zowel wat betreft de grondslag van die schade als wat betreft de omvang er van, goede gronden moeten aanvoeren. Een systeem waarin aan mensen eenvoudig wordt uitgekeerd waarop zij zelf zeggen recht te hebben, is nu eenmaal niet goed denkbaar. Die 'kritische toets' die altijd zal moeten plaatsvinden, is binnen de bestaande praktijk, niet alleen in termen van haalbaarheid maar ook in termen van belasting in bredere zin, te zwaar. De centrale vraag is of een alternatief of sterk aangepast stelsel op dit punt een mate van vooruitgang kan bieden die binnen de grenzen van het huidige stelsel onhaalbaar is.

215 Zie uitvoerig over deze kwestie: Smeehuijzen en Akkermans 2013.

In dit licht zij tot slot opgemerkt dat dus de aanbeveling tot analyse van reeksen dossiers niet alleen van belang is voor het monitoren van vooruitgang binnen het huidige stelsel. Als op enig moment de conclusie moet luiden dat structurele veranderingen noodzakelijk zijn, is het belangrijk precies te weten waar het in het bestaande stelsel aan schortte. Alleen op basis van die informatie laat zich een beter alternatief ontwikkelen.

De rol van de belangenbehartigers

Een van de onderwerpen die in het onderhavige onderzoek niet aan de orde is gekomen, is de rol van de belangenbehartiger van de patiënt. Voor het goede verloop van de zaak is de kwaliteit van de belangenbehartiger van groot belang.

Er is reden te veronderstellen dat niet alle belangenbehartigers medische zaken op het vereiste niveau behandelen. Dit kan voor het verloop van de zaak desastreus zijn. Dat geldt ten eerste in technisch-juridisch opzicht. Voor het opzetten van de zaak is het heel wezenlijk dat 'voldoende gesteld' wordt. Wanneer een aansprakelijkstelling onvoldoende gesubstantieerd is, is de aansprakelijkheid snel afgewezen. Ook voor het snelle verloop van de zaak is het adequate functioneren van de belangenbehartiger essentieel. Er zijn veel meer punten te noemen.

Strikt genomen is de keuze van de belangenbehartiger de verantwoordelijkheid van de patiënt. Het is zijn keuze of hij er een neemt en het is zijn keuze welke hij neemt. Het tekortschieten van de belangenbehartiger kan derhalve niet aan de zorgverlener of de verzekeraar worden toegerekend. Tegelijkertijd is door het incident de patiënt tot de keuze ten aanzien van de belangenbehartiger gedwongen. En het punt is: de keuze die de patiënt moet maken, is bijzonder lastig, omdat de patiënt niet kan weten welke belangenbehartiger zijn vak verstaat en welke niet. Een verkeerde keuze komt voor zijn rekening, terwijl hij de verplichting die keuze te maken nooit heeft gewild.

Welbeschouwd hadden dus aanbevelingen over de verbetering van de kwaliteit van belangenbehartigers en manieren om de patiënt in zijn keuze te helpen, niet misstaan.

Dit betreft echter een onderwerp dat zich geenszins beperkt tot het domein van medische incidenten. De constatering dat de dienstverlening door belangenbehartigers voor verbetering vatbaar is geldt voor het gehele terrein van letselschade, ook wanneer die het gevolg is van een verkeers- of arbeidsongeval.

Het slachtoffer van letselschade is de facto een erg kwetsbare en vrij machteloze consument, die nauwelijks middelen heeft om een rationele, op kwaliteit gebaseerde keuze voor een dienstverlener te maken. Op het veel geraadpleegde internet is de laatste jaren weliswaar meer objectieve en onafhankelijk informatie te vinden, maar juist op het punt van de keuze voor een belangen-behartiger heerst nog steeds voornamelijk informatiechaos. Het is van groot belang dat dit en andere meer algemene knelpunten worden aangepakt, maar dat gaat het bestek van dit onderzoek te buiten.

Oproep tot ontwikkeling bredere visie op de verhouding tussen de Geschillencommissie, de civiele rechter en de tuchtrechter

Het werd in de toelichting op Aanbeveling 9 al gezegd: het besef dat, wil op het terrein van medische aansprakelijkheid werkelijk vooruitgang geboekt worden, medische deskundigheid in het oordelende college geïntegreerd moet worden, leidt tot vrij fundamentele vragen op het terrein van personele en functionele verhoudingen tussen de verschillende rechtsprekende – overheidsrechtspraak of anderszins – instanties. Beantwoording van deze vragen gaat het terrein van dit onderzoek te buiten. Het lijkt noodzakelijk dat hierover doorgedacht wordt in dialoog tussen onder andere vertegenwoordigers van de rechterlijke macht, tuchtcolleges, zorgverleners en academici.

Vraagt men zich af waar het initiatief tot die gedachtevorming moet liggen, dan lijken de (belangenorganisaties van) de instellingen een belangrijke kandidaat te zijn, omdat, als de Wcz inderdaad van kracht wordt, de verplichting een geschil-lencommissie te hebben eenvoudig tot het probleem van die groep wordt gemaakt. Men kan het bij het inrichten van de geschillencommissies eigenlijk niet goed stellen zonder bijstand van de rechterlijke macht. Als de rechterlijke macht zich op uitnodiging van de branche afvraagt welke bemoeienis zij bij de geschil-lencommissie zou hebben, is dat een sterke aanleiding tot reflectie op de gewenste configuratie van op het terrein van medische aansprakelijkheid. Met name zou het kunnen gaan over de vraag of medisch deskundigen van het college deel zouden moeten uitmaken.

De verhouding tussen ‘veilig melden’ en ‘open disclosure’

Zoals bekend bestaan binnen de gezondheidszorg systemen voor ‘veilig melden’. Een dergelijk systeem houdt in dat artsen en andere hulpverleners incidenten en (bijna-) fouten melden en bespreken. Daarbij geniet de melder een zekere mate

van bescherming: het uitgangspunt is dat er tegen hem of haar geen individuele maatregelen worden getroffen. Voorts wordt informatie afgeschermd: informatie en verklaringen die door een melder zijn ingebracht in een veilig-meldensysteem mogen niet gebruikt worden in een tegen de melder gerichte disciplinaire of juridische procedure, tenzij de melder daarmee instemt. Nu zou men zich kunnen afvragen hoe zich deze systemen verhouden tot *open disclosure*, dat immers open communicatie impliceert. Over dit onderwerp is in de loop der tijd al veel gezegd[216], maar omdat in de aanbevelingen openheid zo nadrukkelijk voorop wordt gesteld, toch nog het volgende.

De bescherming van de melder en de afscherming van informatie is vanuit het perspectief van de patiëntveiligheid goed te begrijpen. Als men van (bijna) incidenten wil leren, is het belangrijk dat zo veel mogelijk gemeld wordt. Bovendien zullen succesvolle meldsystemen ook bijdragen aan een cultuur waarin over fouten wordt gesproken, zodat ook open communicatie hierover met de patiënt eerder zal plaatsvinden (zie Aanbeveling 1). Negatieve gevolgen van melding voor de melder zullen aan de meldingsbereidheid sterk afdoen, en verminderden dus de effectiviteit van die systemen.

Vanuit het perspectief van de patiënt is evenwel moeilijk te begrijpen dat over zijn zaak zekere informatie beschikbaar is – denk aan de resultaten van een onderzoek naar het incident –, maar hij die informatie, die bijvoorbeeld voor de onderbouwing van zijn vordering van belang kan zijn, niet krijgt. 'Veilig melden' heeft voor de patiënt een ironisch klank, in die zin dat hem in het belang van de zorgverlener iets wordt ontzegt, terwijl het incident niet de zorgverlener maar de patiënt schade heeft berokkend.

In essentie is dit een klassieke tegenstelling van het algemene en het individuele belang. Het lijkt zo te zijn dat het algemene belang (meldingsbereidheid, resulterend in grotere patiëntveiligheid en opener cultuur ten aanzien van fouten) eenvoudig onverenigbaar is met het individuele belang van de patiënt (toegang tot voor hem relevante informatie). Zoals zo vaak, spreekt een appèl op het individuele belang sneller tot de verbeelding dan een beroep op het (abstractere) algemene belang. Toch is begrijpelijk, gegeven de betekenis die veilig melden voor de kwaliteit van de zorg heeft, dat het algemene belang prevaleert.

Wat hier nadruk verdient – het wordt wel eens over het hoofd gezien – is dat de melding in het veilig meldensysteem niet afdoet aan de verplichting tot openheid jegens de patiënt. Als de zorgverlener wel meldt, maar zijn patiënt onvoldoende

216 Zie bijvoorbeeld Legemaate e.a., 2009, p. 20 e.v. met nadere verwijzingen.

informatie geeft, schiet hij jegens de patiënt toch tekort. In zoverre is er dus ook geen sprake van een conflict tussen beide circuits; zij bestaan naast elkaar.
Wat evenwel kan voorkomen, is dat naar aanleiding van de melding een onderzoek heeft plaatsgevonden dat de patiënt niet ter beschikking wordt gesteld, hoewel hem dat relevante inzichten zou kunnen verschaffen. Uit de rechtspraak kan worden afgeleid dat de patiënt dat rapport alleen dan tòch ter beschikking moet worden gesteld, als niet voldaan is aan de wettelijke dossierplicht.[217]

In de literatuur zijn zorgen geuit over het effect van die uitspraak in termen van beeldvorming bij zorgverleners: op zichzelf doet de rechtspraak niet af aan het veilige karakter van het melden, maar de aanvaarding van een uitzondering zou toch zo zeer aan het gevoel van veiligheid bij potentiële melders kunnen afdoen, dat zij voortaan in mindere mate melden. Om die reden is er voor gepleit de 'veiligheid' van het melden wettelijk te regelen. [218] Zou de Wcz wet worden, dan wordt aan die wens tegemoet gekomen (zij het dat op de 'veiligheid' van het melden wel een inbreuk wordt gemaakt door de mogelijkheid van strafrechtelijk gebruik). Artikel 11 lid 2 Wcz bepaalt:

> "*Gegevens in het register, bedoeld in artikel 10, tweede lid, die afkomstig zijn uit een interne melding van incidenten en bijna-incidenten, behoudens die met betrekking tot een calamiteit of seksueel misbruik […], kunnen niet in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt, noch kan een disciplinaire maatregel, een bestuurlijke sanctie of een bestuurlijke maatregel daarop worden gebaseerd.* (…) *In afwijking van de eerste volzin kunnen de gegevens voor het strafrechtelijk bewijs worden gebruikt indien zij redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen."*

Een voor het aansprakelijkheidsrecht belangrijke constatering is dat in de geciteerde bepaling calamiteiten (incidenten die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt hebben geleid; art. 12 lid 2 Wcz) zijn uitgezonderd; daar geldt de bescherming die het artikel biedt dus niet. Calamiteiten moeten, net als nu (art. 4a Kwaliteitswet zorginstellingen), bij de Inspectie worden gemeld (art. 12 Wcz).

---

217 Zie Rechtbank Zwolle (voorzieningenrechter) 20 december 2007, *TvGR* 2008, 12; Gerechtshof Leeuwarden 9 december 2008, *TvGR* 2009, 12; Rechtbank Arnhem 8 juli 2009, *TvGR* 2009, 32.

218 Zie, onder veel meer, Molendijk e.a. 2008, 63.

Bijlage I. Literatuurlijst

Alhafaji e.a. 2009
Allan & Mc Killop 2010
Allan, A., & Mc Killop, D., The health implications of apologizing after an adverse event. International Journal for Quality in Health Care, 2010, p. 1-6.

Ayres e.a. 2003
Ayres, L., Kavanaugh, K., & Knafl, K.A., Within-case and across-case approaches to qualitative data analysis. Qualitative Health Research, 2003, 13, p. 871-883.

Banja 2005
Banja, J., Medical errors and medical narcissism. Sudbury Jones and Bartlett Publishers, 2005.

Banja & Schneider 2008
Banja, J., & Schneider, J.S., Ethical Challenges in Disclosing Risk. J Hosp Med, 2008, 3 (1), p. 1-3.

Bell e.a 2010
Bell, S.K., Moorman, D.W., & Delbanco, T., Improving the Patient, Family, and Clinician Experience after Harmful Events: The “When Things Go Wrong” Curriculum. Acad Med, 2010, 85, p. 1010-17.

Bell e.a. 2012
Bell, S.K., Smulowitz, P.B., Woodward, A.C., Mello, M.M., Duva, A.M., Boothman, R.C., e.a., Disclosure, Apology, and Offer Programs: Stakeholders’ Views of Barriers to and Strategies for Broad Implementation. Milbank Quarterly, 2012, 90 (4), p. 682-705.

Bismark e.a. 2006
Bismark, M.M., Dauer, E., Paterson R., & Studdert, D.M., Accountability Sought by Patients Following Adverse Events from Medical Care: The New Zealand Experience. Cmaj, 2006, 175 (8), p. 889-94.

Bismark e.a. 2006b
Bismark, M.M., Brennan, T.A., Davis, P.B., & Studdert, D.M., Claiming Behaviour in a No-Fault System of Medical Injury: A Descriptive Analysis of Claimants and Non-Claimants. Med J Aust, 2006, 185 (4), p. 203-7.

Van Bon & Molendijk 2009
Bon, A. van, & Molendijk, H., Als het misgaat; over openheid na een incident. Centrum patiëntveiligheid Isala, Zwolle, 2009.

Boothman e.a. 2009
Boothman, R.C., Blackwell, A.C., Campbell, D.A., Jr., Commiskey, E., & Anderson, S., A Better Approach to Medical Malpractice Claims? The University of Michigan Experience. J Health Life Sci Law, 2009, 2, p. 125-59.

Bouwman e.a. 2012
Bouwman, R., Bomhoff, M., & Friele, R., Kennisvraag, Vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet Clientenrechten zorg (Wcz) anno 2012. Utrecht: Nivel, 2012.

De Bruijne e.a 2007
Bruijne, M.C. de, Zegers, M., Hoonhout, L.H.F., & Wagner, C., Onbedoelde Schade in Nederlandse Ziekenhuizen, Dossieronderzoek van Ziekenhuisopnames in 2004, EMGO/VUmc/NIVEL, 2007.

Cascão 2005
Cascão, R.M., Prevention and Compensation of Treatment Injury: A Roadmap for Reform (diss. Tilburg), den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2005.

Cascão & Hendrickx 2007
Cascão, R.M., & Hendrickx, R., Shifts in the Compensation of Medical Adverse Events. Shifts in Compensation Between Private and Public Systems, 2007, p. 115-42.

CBO 2009
Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Dit nooit meer, Artsen vertellen over Hun incident. Utrecht: 2009.

Chafe e.a. 2009
Chafe, R., Levinson, W., & Sullivan, T., Disclosing Errors That Affect Multiple Patients. Cmaj, 2009, 180 (11), p. 1125-7.

Commissie Lemstra II 2010
Tweede externe onderzoekscommissie MST (‘Commissie Lemstra II’), Heel de patiënt, Het handelen van de beroepsmatig betrokkenen na het vertrek van een disfunctionerend medisch specialist, september 2010.

Derycke & Roman-Amat 2010
Derycke, C., & Roman-Amat, A., France Amicable Proceedings Relating to Healthcare Activities. European Product Liability Review, 2010, 39, p. 7-11.

DesRoches e.a. 2010
DesRoches, C.M., Rao, S.R., Fromson, J.A., Birnbaum, R.J., Iezzoni, L., Vogeli, C., & Campbell, E.G., Physicians' Perceptions, Preparedness for Reporting, and Experiences Related to Impaired and Incompetent Colleagues. Jama, 2010, 304 (2), p. 187-93.

Van Dijk & Simons 2010
Dijk, C.H. van, & Simons, J.P.M., Goma: Gedragscode Openheid Medische Incidenten; Betere Afwikkeling Medische Aansprakelijkheid. Van Theorie Naar Praktijk? TVP, 2010, 3, p. 65-74.

Van Dijk & Van Mierlo 2009
Dijk, J.J.M. van, & Mierlo, F. van, Leemten in De Slachtofferhulpverlening: Resultaten Van Een Verkennend, Kwalitatief Onderzoek Onder Verschillende Categorieën Gedupeerden Van Ingrijpende Gebeurtenissen. Tilburg: 2009.

Duclos e.a. 2005
Duclos, C.W., Eichler, M., Taylor, L., Quintela, J., Main, D.S., Pace, W., & Staton, E.W., Patient Perspectives of Patient-Provider Communication after Adverse Events. Int J Qual Health Care, 2005, 17 (6), p. 479-86.

Dudzinski 2010
Dudzinski, D.M., Hebert, P.C., Foglia, M.B., & Gallagher, T.H., The Disclosure Dilemma Large Scale Adverse Event. N Engl J Med, 2010, 363 (10), p. 978-86.

Dute e.a. 2002
Dute, J.C.J., Faure, M.G., & Koziol, H., Onderzoek No-Fault Compensatiesystemen. Den Haag: ZonMw, 2002.

Fein e.a. 2007
Fein, S.P., Hilborne, L.H., Spiritus, E.M., Seymann, G.B., Keenan, C.R., Shojania, K.G., e.a., The many faces of error disclosure: a common set of elements and a definition. Journal of general internal medicine, 2007, 22(6), p. 755-61.

Feinmann 2009
Feinmann, J., You Can Say Sorry. BMJ, 2009, 339, p. 482-84.

Friele & Coppen 2010
Friele R.D., & Coppen, R., Wetgeving en de positie van de patiënt: instrument voor verandering of terugvaloptie? Recht der Werkelijkheid, 2010, 31(3), p. 26-39.

Friele e.a. 2008
Friele, R.D., Sluijs, E.M., & Legemaate, J., Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. BMC Health Services Research, 2008, 8 (199).

Gallagher 2009
Gallagher, T.H., A 62-Year-Old Woman with Skin Cancer Who Experienced Wrong-Site Surgery: Review of Medical Error. JAMA, 2009, 302 (6), p. 669-677.

Gallagher e.a. 2009
Gallagher, T.H., Bell, S.K., Smith, K.M., Mello, M.M., & McDonald, T.B., Disclosing Harmful Medical Errors to Patients: Tackling Three Tough Cases. Chest, 2009, 136 (3), p. 897-903.

Gallagher e.a. 2007
Gallagher, T.H., Studdert, D., & Levinson, W., Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. N Engl J Med, 2007, 356 (26), p. 2713-9.

Gallagher e.a. 2006
Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Garbutt, J.M., Kapp, J.M., Chan, D.K., Dunagan, W.C., Fraser, V.J., & Levinson, W., Us and Canadian Physicians' Attitudes and Experiences Regarding Disclosing Errors to Patients. Arch Intern Med, 2006, 166 (15), p. 1605-11.

Gallagher e.a. 2006b
Gallagher, T.H., Garbutt, J.M., Waterman, A.D., Flum, D.R., Larson, E.B., Waterman, B.M., Dunagan, W.C., Fraser V.J., & Levinson, W., Choosing Your Words Carefully: How Physicians Would Disclose Harmful Medical Errors to Patients. Arch Intern Med, 2006, 166, (15), p. 1585-93.

Gallagher e.a. 2003
Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Ebers, A.G., Fraser, V.J., & Levinson, W., Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. Jama, 2003, 289 (8), p. 1001-7.

Harvard Hospitals 2006
Harvard Hospitals, When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events: a Consensus Statement of the Harvard Hospitals: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. 2006.

Helmchen e.a. 2010
Helmchen, L.A., Richards, M.R., & McDonald, T.B., How Does Routine Disclosure of Medical Error Affect Patients' Propensity to Sue and Their Assessment of Provider Quality?: Evidence from Survey Data. Med Care , 2010, 48, (11), p. 955-961.

Hickson e.a. 1992
Hickson, G.B., Clayton, E.W., Githens, P.B., & Sloan, F.A., Factors That Prompted Families To File Medical Malpractice Claims Following Perinatal Injuries. Jama, 1992, 267, (10),p. 1359-63.

Hoonhout 2009
Hoonhout, L.H., Bruijne, M.C. de, Wagner, C., Zegers, M., Waaijman, R., Spreeuwenberg, P., Asscheman, H., Wal, G. van der, & van Tulder, M.W., Direct Medical Costs of Adverse Events in Dutch Hospitals. BMC Health Serv Res, 2009, 9 (27).
Huver e.a. 2007

Huver, R., Wees, K.A.P.C. van, Akkermans, A.J., & Elbers, N.A., Slachtoffers en aansprakelijkheid. Een onderzoek naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het civiele aansprakelijkheidsrecht, Deel I: Terreinverkenning. Vrije Universiteit Amsterdam, 2007.

Iedema 2011a
Iedema, R.A., Allen, S., Britton, K., Piper, D., Baker, A., Grbich, C., e.a., Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the "100 patient stories" qualitative study. BMJ: British Medical Journal, 2011, 343.

Iedema e.a. 2011b
Iedema, R.A., Allen, S., Sorensen, R., Gallagher, T.H., What Prevents Incident Disclosure, and What Can Be Done to Promote It? Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2011, 37(9), p. 409-17.

Iedema e.a 2009
Iedema, R.A., Jorm, C., Wakefield, J., Ryan, C., & Dunn, S., Practising Open Disclosure: Clinical Incident Communication and Systems Improvement. Sociol Health Illn, 2009, 31 (2), p. 262-77.

Iedema e.a. 2008
Iedema, R.A., Mallock, N.A., Sorensen, R.J., Manias, E., Tuckett, A.G., Williams, A.F., Perrott, B.E., Brownhill, S.H., Piper, D.A., Hor, S., Hegney, D.G., Scheeres, H.B., & Jorm, C.M., The National Open Disclosure Pilot: Evaluation of a Policy Implementation Initiative. Med J Aust, 2008, 188 (7), p. 397-400.

Johansson 2010
Johansson, H., The Swedish System for Compensation of Patient Injuries. Ups J Med Sci, 2010, 115 (2), p. 88-90.

Kachalia e.a. 2010
Kachalia, A.B., Kaufman, S.R., Boothman, R., Anderson, S., Welch, K., Saint, S., & Rogers, M.A., Liability Claims and Costs before and after Implementation of a Medical Error Disclosure Program. Ann Intern Med, 2010, 153 (4), p. 213-21.

Kachalia e.a. 2008
Kachalia, A.B., Mello, M.M., Brennan, T.A., & Studdert, D.M., Beyond Negligence:Avoidability and Medical Injury Compensation. Soc Sci Med, 2008, 66 (2), p. 387-402.

Kaldjian e.a. 2006
Kaldjian, L.C., Jones, E.W., Rosenthal, G.E., Tripp-Reimer, T., & Hillis, S.L., An Empirically Derived Taxonomy of Factors Affecting Physicians' Willingness to Disclose Medical Errors. J Gen Intern Med, 2006, 21 (9), p. 942-8.

Kastelein 2010
Kastelein, W.R., Klachten- en geschillenbehandeling in de Wcz: van de drup in de regen oftewel het kind en het badwater. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2010, p. 322.

Kezel 2009
Kezel, E.D., Vergoeding van Medische Schade in België: Het Nieuwe Tweesporensysteem, TVP, 2009, p. 139-50.

KNMG 2007
KNMG richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?', 2007.

Koch 2011
Koch B.A. (ed.), Medical liability in Europe: a comparison of selected jurisdictions. Verlin/Boston: De Gruyter, 2011.

Kraman & Hamm 1999
Kraman, S.S., & Hamm, G., Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy. Ann Intern Med, 1999, 131 (12), p. 963-7.

Kruijf 2012
Kruijf, J. de, Artsen zijn ook maar mensen, Hoe het verhaal van Joyce Rebecca de medische wereld veranderd. Smilde, 2012.

Kruikemeier e.a. 2009
Kruikemeier, S., Coppen, R., Rademakers, J., & Friele, R.D., Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg. NIVEL, 2009.

Langelaan e.a. 2010
Langelaan, M., Baines, R.J., Broekens, M.A., Siemerink, K.M., Steeg, L. van de, Asscheman, H., Bruijne, M.C. de, & Wagner, C., Monitor Zorggerelateerde Schade 2008: Dossieronderzoek in Nederlandse Ziekenhuizen, EMGO/VUmc/NIVEL, 2010.

Leenen e.a. 2011
Leenen, H.J.J., Gevers, J.K.M., & Legemaate, J., Handboek gezondheidsrecht: deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg (5e druk). Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2011.

Legemaate 2011
Legemaate J., Wikken en wegen, Gezondheidsrecht in beweging, oratie UVA. Amsterdam University Press, 2011.

Legemaate 2010
Legemaate, J., Goed Omgaan Met Klachten Van Patienten. Tijdschrift Conflicthantering, 2010, 4, p. 10-13.

Legemaate & De Roode 2009
Legemaate, J., & Roode, R. de., Veilig Melden van Incidenten in de Gezondheidszorg: Voorbeelden Van (Buitenlandse) Wetgeving. Tijdschrift voor Veiligheid, 2009, 8 (1), p. 20-34.

Legemaate e.a. 2007
Legemaate, J., Everdingen, J.J.E. van, Kievit, J., & Stappers, J.W.M., Openheid over Fouten In de Gezondheidszorg. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 2007, 151 (5), p. 319-22.

Levinson 2009
Levinson, W., Disclosing Medical Errors to Patients: A Challenge for Health Care Professionals and Institutions. Patient Educ Couns, 2009, 76 (3), p. 296-9.

Levinson & Gallagher 2007
Levinson, W., & Gallagher, T.H., Disclosing Medical Errors to Patients: A Status Report in 2007. Cmaj, 177 (3), p. 265-7.

Linthorst e.a. 2012
Linthorst G., Kallimanis-King, B., Dekker, I.D., Hoekstra, J., & Haes J. de, What contributes to internists’ willingness to disclose medical errors? Predictions of the past, prepared for the future?, The Netherlands Journal of Medicine, 2012, p. 242-248.

Loren e.a. 2010
Loren, D.J., Garbutt, J., Dunagan, W.C., Bommarito, K.M., Ebers, A.G., Levinson, W., Waterman, A.D., Fraser, V.J., Summy, E.A., & Gallagher, T.H., Risk Managers, Physicians, and Disclosure of Harmful Medical Errors. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2010, 36 (3), p. 101-8.

Manser 2011
Manser T., Managing the aftermath of critical incidents: Meeting the needs of health-care providers and patients. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 2011, 25 (2), p. 169-79.

Manser & Staender 2005
Manser, T., & Staender, S., Aftermath of an adverse event,: supporting health care professionals to meet patient expectations trough open disclosure. Acta Aneasthesipologica Scandinavia, 2005, p. 1-6.

Mastroianni 2010
Mastroianni, A.C., Mello, M.M., Sommer, S., Hardy, M., & Gallagher, T.H., The Flaws in State 'Apology' and 'Disclosure' Laws Dilute Their Intended Impact on Malpractice Suits. Health Aff (Millwood), 2010, 29, (9), p. 1611-9.

Mazor e.a 2009
Mazor, K.M., Goff, S.L., Dodd, K., & Alper, E.J., Understanding Patients' Perceptions of Medical Errors. Journal of Communication in Healthcare, 2009, 2 (1), p. 34-46.

Mazor e.a 2004
Mazor, K.M., Simon, S.R., Yood, R.A., Martinson, B.C., Gunter, M.J., Reed, G.W., & Gurwitz, J.H., Health Plan Members' Views About Disclosure of Medical Errors. Ann Intern Med, 2004, 140 (6), p. 409-18.

McDonald e.a. 2010
McDonald, T.B., Helmchen, L.A., Smith, K.M., Centomani, N., Gunderson, A., Mayer, D., & Chamberlin, W.H., Responding to Patient Safety Incidents: The "Seven Pillars". Qual Saf Health Care, 19(6): e11, 2010.

Mello & Kachalia 2010
Mello, M.M., & Kachalia, A., Evaluation of Options for Medical Malpractice System Reform, A study conducted by staff from the Harvard School of Public Health and the Harvard Medical School for the Medicare Payment Advisory Commission, April 2010.

Mello & Gallagher 2010
Mello, M.M., & Gallagher, T.H., Malpractice Reform--Opportunities for Leadership by Health Care Institutions and Liability Insurers. N Engl J Med, 2010, 362 (15), p. 1353.

Molendijk e.a. 2008
Molendijk, H., Legemaate, J., & Leistikov, I., Veilig melden moet in de wet. Medisch Contact, 2008, 63 (6).

Mulcahy 2003
Mulcahy, L., Disputing doctors: The socio-legal dynamics of complaints about medical care. Maidenhead, UK: Open University Press, 2003.

National Patients Agency 2009
National Patients Agency, Being open, Communicating patient safety incidents with patients, their families and carers, Whitehall, London:NHS, 2009

O'Connor e.a. 2010
O'Connor, E., Coates, H.M., Yardley, I.E., & Wu, A.W., Disclosure of Patient Safety Incidents: A Comprehensive Review. Int J Qual Health Care, 2010, 22 (5), p. 371-9.

Quinn & Eichler 2008
Quinn, R.E., & Eichler, M.C., The 3rs Program: The Colorado Experience. Clin Obstet Gynecol, 2008, 51 (4), p. 709-18.

Relis 2007
Relis, T., It's not about the money, a Theory on misconception of plaintiffs' litigation Aims. Pittsburgh Law Review, 2007, p. 1-48.

Robbennolt 2009
Robbennolt, J.K., Apologies and Medical Error. Clin Orthop Relat Res, 2009, 467 (2), p. 376-82.

Schwappach & Boluarte 2009
Schwappach, D.L., & Boluarte, T.A., The Emotional Impact of Medical Error Involvement on Physicians: A Call for Leadership and Organisational Accountability. Swiss Med Wkly, 2009, 139 (1-2), p. 9-15.

Schwappach & Koeck 2004
Schwappach, D.L., & Koeck, C.M., What Makes an Error Unacceptable? A Factorial Survey On the Disclosure of Medical Errors. Int J Qual Health Care, 2004, 16 (4), p. 317-26.

Servais 2010
Servais, J., De ingreep. Zoetermeer: Free Musketeers, 2010.

Seys e.a. 2012
Seys, D., Scott, S., Wu, A., Gerven, E. van, Vleugels, A., Euwema, M., e.a., Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. International Journal of Nursing Studies, 2012.

Sirriyeh e.a. 2010
Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., & Armitage, G., Coping with Medical Error: A Systematic Review of Papers to Assess the Effects of Involvement in Medical Errors on Healthcare Professionals' Psychological Well-Being. Qual Saf Health Care, 2010, doi:10.1136/qshc.2009.035253.

Sloan e.a. 1997
Sloan, F.A., Whetten-Goldstein, K., Entman, S.S., Kulas, E.D., & Stout, E.M., The road from medical injury to claim resolution: how no-fault and tort differ. Law and Contemporary Problems, 1997, p. 35-70.

Sluis e.a. 2004
Sluis, E.M., Friele, R.D., & Hanssen, J.E., WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen: Verwachtingen en ervaringen van cliënten, ten aanzien van de klachtbehandeling. ZonMw: Den Haag, 2004.

Smeehuijzen 2009
Smeehuijzen, L.J., Schadevergoeding wegens onzorgvuldige afwikkeling van letselschadevorderingen. Nederlands Tijdschrift voor Burgerlijk Recht, 2009, 9 (26), p. 328-341.

Smeehuijzen 2009b
Smeehuijzen, L.J., De verantwoordelijkheid van de arts voor schadeafwikkeling door zijn verzekeraar. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2009, p. 160-175.

Smeehuijzen & Akkermans 2013
Smeehuijzen, L.J., & Akkermans, A.J., Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties, in: Ontwikkelingen rond medische aansprakelijkheid, preadvies voor de Vereniging van Gezondheidsrecht. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2013.

Sorensen e.a. 2009
Sorensen, R., Iedema, R.A., Piper, D., Manias, E., Williams, A., & Tuckett, A., Disclosing Clinical Adverse Events to Patients: Can Practice Inform Policy? Health Expect, 2009, 13 (2), p. 148-59.

Stichting De Ombudsman 2008
Stichting De Ombudsman, Over leven in de medische letselschadepraktijk, Een onderzoek naar de positie van de patiënt en de rol van de ketenpartners tijdens de afhandeling van een medische letselschadezaak. Hilversum, 2008.

Stokes e.a. 2009
Stokes, S.L., Wu, A.W., & Pronovost, P.J., Ethical and Practical Aspects of Disclosing Adverse Events in the Emergency Department. Emerg Med Clin North Am, 2009, 24 (3), p. 703-14.

Studdert e.a 2007
Studdert, D.M., Mello, M.M., Gawande, A.A., Brennan, T.A., & Wang, Y.C., Disclosure of Medical Injury to Patients: An Improbable Risk Management Strategy. Health Aff (Millwood), 2007, 26 (1), p. 215-26.

Studdert e.a. 2010
Studdert, D.M., Piper, D., & Iedema, R.A., Legal Aspects of Open Disclosure Ii: Attitudes of Health Professionals - Findings from a National Survey. Med J Aust, 2010, 193 (6), p. 351-5.

Studdert & Richardson 2010
Studdert, D.M., & Richardson, M.W., Legal aspects of open disclosure: a review of Australian law. Med J Aust, 2010, 193 (5), p. 273-76.

Truog e.a. 2011
Truog, R.D., Browning, D.M., Johnson, J.A., Gallagher, T.H., & Leape, L.L., Talking with Patients and Families about Medical Error: A Guide for Education and Practice. Johns Hopkins Univ Pr, 2011.

Taft 2005
Taft, L., Apology and medical mistake: opportunity or foil. Annals Health L, 2005, 14, p.55-94.

Vincent e.a. 1994
Vincent, C., Young, M., & Phillips, E., Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal actions. The Lancet, 343, p. 1609-1613.

Vines 2008
Vines, P., Apologies and Civil Liability in the UK: a View from Elsewhere. Edinburgh L. Rev, 2008, 12, p. 200-230.

VvAA 2011
VvAA, Medische fouten, Zorgverleners alert op medische fouten. Wat geld(t) in de zorg? Derde editie oktober 2011.

Wagner & Van der Wal 2005
Wagner, C., & Wal, G. van der, Voor Een Goed Begrip: Bevordering Patiëntveiligheid Vraagt Om Heldere Definities. Med Contact, 2005, 60 (47), p. 1888-91.

Waterman e.a. 2007
Waterman, A.D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W.C., Levinson, W., Fraser, V.J., & Gallagher, T.H., The Emotional Impact of Medical Errors on Practicing Physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2007, 33 (8), p. 467-76.

Wijne 2011
Wijne, R.P., De Wet cliëntenrechten zorg: een zorg minder in het aansprakelijkheidsrecht? Verkeersrecht, 2011, p. 104-10.

Witman e.a. 1996
Witman, A.B., Park. D.M., & Hardin, S.B., How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Arch Intern Med, 1996, 156 (22), p. 2565-9.

Wu 2009
Wu, A.W., Huang, I.C., Stokes, S., & Pronovost, P.J., Disclosing Medical Errors to Patients: It's Not What You Say, It's What They Hear. Journal of general internal medicine, 2009,24, (9), p. 1012-17.

Wu 2000
Wu, A.W., Medical error: the second victim. BMJ, 2000, 320, p. 726-7.

Youngberg 2010
Youngberg, B., Principles of Risk Management and Safety, Ontario/London: Jones & Bartlett Learning, 2010.

Bijlage II. Geïnterviewde deskundigen

- Mevr. S. Anderson (Director UMHS Risk Management)
- Mevr. S. Allen (Australian Commission on Safety & Quality in Health Care)
- Mevr. M. Braam (Ministerie van VWS)
- Mevr. K. Broekman (jurist Flevoziekenhuis Almere)
- Mevr. M. Bouter (Juridisch medewerker Geschillencommissie Ziekenhuizen)
- Rick Boothman (UMHS Chief Risk Officer)
- H. Buijssen (psycholoog)
- D. Campbell, Jr. (UMHS Chief Medical Officer)
- Mevr. E. M. Deen (jurist Bemiddelingsloket De Letselschaderaad)
- B. Dirkx (regiocoördinator Zorgbelang Nederland)
- M. P. Don (Klachtenfunctionaris Reinier de Graaf Groep)
- Mevr. M. Jager (medisch specialist patiëntveiligheid, kinderarts Jeroen Bosch Ziekenhuis)
- Mevr. J. Jansma (Instituut Ondersteuning Patiëntenzorg VUmc)
- T. H. Gallagher (University of Washington)
- R. Thieme Groen (bestuurder ISALA klinieken)
- Mevr. G. de Groot (klachtenfunctionaris ISALA klinieken)
- Mevr. P. de Groot (klachtenfunctionaris Flevoziekenhuis Almere)
- R. Iedema (Professor of Organizational Communication, University of Technology Sydney)
- Mevr. F. de Jonge (secretaris Raad van Bestuur Flevoziekenhuis)
- Mevr. A. Jongens (hoofd maatschappelijk werk en patiëntenservice LUMC)
- Mevr. G. Kloppers-Hozee (Klachtenfunctionaris Reinier de Graaf Groep)
- P. Kuhlmann (beleidsadviseur Zorgbelang Nederland)
- H. Molendijk (arts ISALA klinieken)
- A. Nolet (beleidsadviseur Zorgbelang Nederland)
- K. Nijgh (hoofd juridische zaken van De Geschillencommisise Ziekenhuizen)
- M. Mello (professor of Law and Public Health, Harvard School of Public Health)
- Mevr. M. Olff (hoogleraar traumatologie AMC)
- Mevr. D. van der Peet (stafadviseur patiëntenzorgcommunicatie VUmc)
- J. Roos (Instituut Ondersteuning Patiëntenzorg VUmc)
- Mevr. P. van der Sande (klachtenfunctionaris UMC Radboud Nijmegen)
- A. Santen (manager Centramed)
- Mevr. K. A. Saran (Senior Risk Manager UMHS)
- Mevr. J. Smink (claimbehandelaar VUmc)
- D. Studdert (professor of health law, University of Melbourne)
- W. van Tilburg (psychiater)
- A. M. Vermaas (Hoofd Juridische Zaken UMC Utrecht)
- Mevr. M. Wijnhoud (Ministerie van VWS)
- Mevr. K. Vink (klachtenfunctionaris Ziekenhuis de Tjongerschans Heerenveen)

Bijlage III. Gedragscode medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)

DEEL A
EEN ADEQUATE REACTIE
OP INCIDENTEN

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de patiënt op zorgvuldige en duidelijke wijze wordt geïnformeerd over de onderzoeken en behandelingen die hij ondergaat, zodanig dat de patiënt een weloverwogen besluit kan nemen over het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling.

2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de dossiers van de patiënt op adequate wijze en tijdig worden bijgehouden. In het geval van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt wordt informatie in het dossier opgenomen over de aard en toedracht van het incident, en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt.

3. Als zich een incident heeft voorgedaan met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt, neemt de zorgaanbieder daarover zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van het incident, contact op met de patiënt.

4. De zorgaanbieder onderneemt wat nodig is om eventuele negatieve gevolgen van een incident voor de gezondheidssituatie van de patiënt weg te nemen of te beperken.

5. De zorgaanbieder onderzoekt hoe het incident heeft kunnen ontstaan en onderneemt de activiteiten die nodig zijn om te voorkomen dat het incident zich nog eens voordoet (of op zijn minst om de kans daarop te verkleinen).

6. Zodra de toedracht van een incident bekend is, wordt de patiënt daarover duidelijk geïnformeerd. In het kader van deze communicatie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de wensen en behoeften van de patiënt.

7. In geval van een incident waardoor de patiënt schade oploopt, spant de zorgaanbieder zich, in aanvulling op het ter beschikking stellen van een volledig dossier, in voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten.

8. Indien uit het onderzoek naar de toedracht van het incident blijkt dat er sprake is geweest van een fout dan erkent de zorgaanbieder deze fout en biedt hij de patiënt verontschuldigingen aan.

9. Als de patiënt naar aanleiding van een incident een klacht of claim wil indienen, informeert de zorgaanbieder hem schriftelijk over de verschillende mogelijkheden daartoe en over de daarvoor geldende criteria en procedures.

DEEL B
EEN ADEQUATE AFHANDELING VAN VERZOEKEN OM SCHADEVERGOEDING

10. Als de patiënt een juridische belangenbehartiger in de arm heeft genomen, informeert deze de patiënt over de bijzondere aard van medische aansprakelijkheidszaken en de daarmee gepaard gaande duur en de kosten van het traject.

11. Wanneer de patiënt zelf rechtstreeks de zorgaanbieder aansprakelijk stelt, informeert de zorgaanbieder de patiënt in grote lijnen over het verdere verloop en de te verwachten procedure. Tevens meldt de zorgaanbieder of hij de behandeling van de schadeclaim overdraagt aan zijn verzekeraar.

12. De belangenbehartiger draagt zorg voor een goed gemotiveerde en onderbouwde aansprakelijkstelling en omschrijft zo mogelijk de medische en feitelijke gevolgen van de fout.

13. De aansprakelijkheidsverzekeraar maakt zich per omgaande, maar uiterlijk binnen twee weken nadat hij de aansprakelijkstelling van de zorgaanbieder heeft ontvangen, als betrokken partij bekend aan de afzender van de aansprakelijkstelling. Om transparantie over het traject te bevorderen stuurt hij met dat bericht een brochure daarover mee.

14. Partijen stellen elkaar over en weer, met het oog op de beoordeling van de aansprakelijkheid en de gevolgen van de gestelde fout, de relevante medische en feitelijke gegevens ter beschikking.

15. De aansprakelijkheidsverzekeraar neemt in beginsel binnen drie maanden nadat hij de aansprakelijkstelling heeft ontvangen een onderbouwd standpunt in over de aansprakelijkheid. Mocht deze termijn niet haalbaar blijken, dan meldt hij dit onder opgave van redenen en geeft hij aan wanneer de patiënt alsnog een reactie kan verwachten.

16. De verzekeraar geeft schriftelijk en gemotiveerd aan wat hij erkent, wat hij afwijst en wat naar zijn mening nog nader onderzoek verdient. Hij laat, indien aan de orde, ook zijn

standpunt weten over vergoeding van de gemaakte en te maken kosten van buitengerechtelijke rechtsbijstand en eventueel deskundigenonderzoek.

17. Als de aansprakelijkheidsverzekeraar niet in staat mocht zijn om op een onderbouwde aansprakelijkstelling een gemotiveerd standpunt in te nemen over de aansprakelijkheid en het nodig vindt om een medisch deskundige in onderling overleg aan te zoeken, draagt hij daarvan de kosten.

18. Als bij een goed onderbouwde aansprakelijkstelling en een goed gemotiveerde afwijzing daarvan een verschil van inzicht op het medische gebied blijft bestaan, zal in gezamenlijk overleg een deskundigenonderzoek worden gevraagd om in medisch opzicht de duidelijkheid te verschaffen die nodig is voor een juridisch oordeel over de bestreden behandeling. De kosten van dit deskundigenonderzoek komen in beginsel voor rekening van beide partijen.

19. Partijen communiceren open en voortvarend over de totstandkoming van een medisch deskundigenonderzoek in gezamenlijk overleg.

Bijlage IV: Formulier in te vullen door klachtenfunctionarissen

Naam klachtenfunctionaris :
Tel. Nr. :
e-mail :

Algemeen: het gaat om de meer ernstige gevallen. Dat wil zeggen dat sprake is van overlijden of substantieel verlengd verblijf in ziekenhuis en/of ingrijpende herstelbehandelingen en/of blijvende gevolgen voor de patiënt. Als het kinderen betreft zullen de vragen 3 t/m 5 betrekking hebben op de ouders, als het een geval van overlijden betreft op de nabestaanden (gelieve in dat geval te lezen 'familie' in plaats van 'patiënt').

Belangrijk: De onderzoekers begrijpen heel goed dat lang niet altijd een eenduidig antwoord valt te geven op de vragen. Dat is niet erg; het gaat ons louter om een indicatie. Noteer "n.t.b." als u geen oordeel kunt geven. Voelt u zich vrij tot het plaatsen van nadere opmerkingen op een extra vel.

1. Zeer korte omschrijving van (i) het incident en (ii) de gevolgen voor de patiënt.

   (i)……………………………………………………………………………………..

   ……………………………………………………………………………………..

   (ii) ……………………………………………………………………………….

   ………………………………………………………………………………………

2. Het incident vond plaats in

   Maand:…………… Jaar:………………

3. Welk van de drie opties is van toepassing (markeer de juiste optie):

   (i) direct na het incident had de patiënt de indruk dat sprake was een fout van de arts of het ziekenhuis met schade tot gevolg;

   (ii) direct na het incident had de patiënt de indruk dat sprake was een complicatie (dat wil zeggen een onbedoeld gevolg van de behandeling waar de arts of het ziekenhuis geen verwijt van te maken viel);

(iii) direct na het incident was voor de patiënt *onduidelijk* of het ging om een fout of een complicatie (dus of het ging om een situatie als bedoeld onder (i) of (ii)).

4. De patiënt is over de afwikkeling van het incident over het geheel genomen (markeer de juiste optie):

   zeer tevreden / tevreden / er tussenin / ontevreden / zeer ontevreden

5. Heeft naar uw oordeel het incident (waaronder mede te verstaan de afwikkeling van het incident) een drukkend effect gehad op het psychisch welzijn van de patiënt?

   geen / weinig / sterk / zeer sterk

Bijlage V: Informatiebrief werving Centramed en Medirisk

Geachte heer, mevrouw,

Patiënten bij wie tijdens de medische behandeling in het ziekenhuis iets mis is gegaan, worden niet altijd op de goede manier opgevangen. De Vrije Universiteit Amsterdam onderzoekt hoe die opvang verbeterd zou kunnen worden.

Bij dat onderzoek zijn de ervaringen van mensen bij wie iets mis is gegaan heel belangrijk. Om die reden willen wij graag een keer met u komen praten. Wij willen graag horen wat u zelf vindt van de manier waarop met u is omgegaan. Daarbij gaat het ons onder andere om de manier waarop u bejegend bent door de arts en het ziekenhuis en om uw ervaringen met de schadeafwikkeling.

Deze brief is afkomstig van de onderzoekers van de Vrije Universiteit Amsterdam en niet van Centramed. Centramed heeft met het gesprek dat wij zouden voeren niets te maken. Centramed hoort ook nooit wat daar besproken is.

Wij zouden het heel fijn vinden als u een keer met ons wilt praten. Maar als u dat liever niet wilt hebben wij daar uiteraard alle begrip voor. Als u wel met ons wilt praten, verzoeken wij u contact met ons op te nemen zodat wij een afspraak kunnen maken. Wij kunnen geen contact opnemen met u, omdat wij uw contactgegevens niet hebben (Centramed mag die gegevens in verband met uw privacy niet aan ons geven). Wij zullen dan bij u langskomen, tenzij u er de voorkeur aan geeft het gesprek hier aan de universiteit te voeren.

U kunt op de volgende manieren contact opnemen met ons voor aanmelding.
Via mail**: j.l.smeehuijzen@vu.nl**, of telefonisch: **020 598 3311** (Lodewijk Smeehuijzen).
Ook kunt u ons het bijgesloten antwoordbriefje terugsturen, een postzegel is niet nodig.

Tot slot benadrukken wij dat uw informatie vertrouwelijk wordt behandeld en niet beschikbaar wordt gesteld aan derden. U kunt dus vrijuit spreken en hoeft niet bang te zijn dat dit nadelige gevolgen zal hebben. Als u nog nadere informatie wilt hebben kunt u altijd bellen naar Lodewijk Smeehuijzen.

Met vriendelijke groet,

Mede namens de andere onderzoekers
Lodewijk Smeehuijzen (onderzoeker Vrije Universiteit Amsterdam)

Bijlage VI: Interviewschema

	Kernvragen	Checklist-vragen
Het incident	Wanneer heeft het incident plaatsgevonden? Wat waren de (lichamelijke, geestelijke en financiële) gevolgen en was er in uw beleving sprake van een (medische) fout? Welke stappen heeft u naar aanleiding van het incident genomen?	[NB: tijdstip, toedracht en gevolgen zijn globaal reeds bekend] - Kunt u omschrijven wat er precies gebeurde? Lag het incident in de sfeer van bijvoorbeeld de diagnose, operatie, type behandeling, enz? - Wat waren de lichamelijke gevolgen van het incident? o Verlengd verblijf in het ziekenhuis o Herstelbehandelingen/operaties o Tijdelijke of blijvende gevolgen (lichamelijke beperkingen, littekens, etc.) - Is inmiddels geheel duidelijk wat in medische zin de (blijvende) gevolgen van het incident (zullen) zijn? - Heeft het incident ook andere dan lichamelijke gevolgen gehad? o Psychische gevolgen (veel spanning en stress of psychische klachten als angsten en depressies)? o Financiële gevolgen (extra kosten als gevolg van reiskosten, onverzekerde ziektekosten of doordat u niet meer kon werken)? - Heeft u het idee dat het incident te voorkomen was geweest? Zo ja, heeft u het gevoel dat iemand iets te verwijten valt? - Heeft u naar aanleiding van het incident een van de volgende stappen ondernomen: contact gezocht met klachtenfunctionaris , klacht bij de klachtencommissie, klacht bij het regionaal tuchtcollege, schadeclaim ingediend?
Opvang en bejegening door het ziekenhuis	Heeft er persoonlijk contact plaatsgevonden tussen u en uw hulpverlener, wat is daarin aan de orde gekomen, wie waren daarbij aanwezig en hoe heeft u dit ervaren? Hoe heeft u het functioneren van de klachtenfunctionaris (indien betrokken) ervaren? Waren er naar uw oordeel zaken in de	*Zijn er naar aanleiding van het incident gesprekken geweest met mensen van het ziekenhuis (de arts, andere zorgverleners, klachtenfunctionarissen of klachtenbemiddelaars)?* Bespreek: - Wat is het aantal gesprekken dat is gevoerd? - Wat is het tijdsverloop tussen het incident en het eerste gesprek en daarop volgende gesprekken? - Op wiens initiatief hebben de gesprekken (heeft het gesprek) plaatsvonden? - Wie waren precies bij die gesprekken aanwezig en op wiens initiatief waren zij aanwezig? - Wie voerden in overwegende mate het woord? - Wat kwam in de gesprekken aan de orde? - Heeft de hulpverlener toegegeven dat er iets mis is gegaan? En zo ja, wat en hoe? - Zijn er excuses gemaakt? Zo ja, door wie en wanneer? - Zijn er vervolgmaatregelen besproken (vervolggesprekken, herstelbehandelingen, second opinion)?

	communicatie die betere hadden gekund? Zo ja, welke?	- Heeft u informatie gekregen over stappen die u naar aanleiding van het incident zou kunnen overwegen (klacht, claim etc.)? - Is besproken hoe soortgelijke incidenten in de toekomst voorkomen kunnen worden/welke maatregelen op dit vlak daadwerkelijk genomen zijn? - Als op enig moment een klachtenfunctionaris of een klachtenbemiddelaar betrokken is geraakt, hoe is dat dan gegaan? - op wiens initiatief is dat gebeurd? - bij het eerste gesprek of later? - hoe is feitelijk de rol van de klachtenfunctionaris in de loop van het proces geweest? - Is u op enig moment enigerlei vorm van psychologische bijstand aangeboden? *We zijn benieuwd hoe u na het incident de communicatie met de zorgverlener of een andere mensen van het ziekenhuis heeft ervaren.* - Hoe voelt u zich over de manier waarop de zorgverlener die betrokken was bij het incident na het incident met u is omgegaan? - heeft u het gevoel dat hij voldoende naar u heeft geluisterd? - heeft u het gevoel dat er correct met u is omgegaan ? - Heeft u het gevoel voldoende uitleg te hebben gekregen over het incident, de oorzaak en de mogelijke gevolgen van de zorgverlener die bij het incident betrokken was of van een andere functionaris van het ziekenhuis? - Heeft u het gevoel dat men steeds eerlijk tegen u is geweest over het incident en de gevolgen? - Er wordt wel gezegd dat de arts in het gesprek met de patiënt de sterkere partij is omdat hij meer medische kennis heeft en minder emotioneel wordt getroffen door het incident. - hoe heeft u die verhouding ervaren? - vond u uw achterstand in medische kennis hinderlijk? - Heeft u het gevoel gehad dat er ten aanzien van uw klacht een 'centraal aanspreekpunt' binnen de instelling was? Zo nee, had u daar behoefte aan gehad? - Als op enig moment een klachtenfunctionaris of een klachtenbemiddelaar betrokken is geraakt -> Wij zijn benieuwd hoe u het functioneren van deze persoon heeft ervaren. - Wanneer is deze persoon betrokken geraakt en op wiens initiatief? - - Had u gewild dat dit sneller was gebeurd? Zo ja,

		waarom? - functioneerde deze persoon in uw beleving als - iemand die voor u op kwam? - iemand die u onpartijdig advies gaf? - een neutrale toehoorder/getuige? - een gespreksleider/mediator? - een permanent aanspreekpunt? - wat is over het geheel genomen uw oordeel over het functioneren van de klachtenfunctionaris of de klachtenbemiddelaar? Wat was goed en wat had beter gekund? - Heeft u op enig moment in enig gesprek de behoefte gehad een objectieve buitenstaander aan uw zijde te hebben (of heeft u de klachtenfunctionaris als zodanig ervaren)? - Is uw vertrouwen in de zorgverlener/zorgverlening geschaad geraakt door het incident? Zo ja, is dit vertrouwen weer hersteld geraakt en wat heeft daaraan bijgedragen? En als dat vertrouwen niet hersteld is denkt u dat dit, als na het incident de zaken anders waren gelopen, nog wel mogelijk was geweest? Zo ja, wat had er dan anders moeten gaan? - Indien er geen klachtenfunctionaris betrokken is geweest - wat is er de reden van dat u geen klachtenfunctionaris of een klachtenbemiddelaar heeft aangezocht?
Herstel-maat-regelen en schadeaf-wikkeling	Zijn er herstelbehandelingen aangeboden /uitgevoerd? Hoe is de besluitvorming hierover verlopen? Kunt u beschrijven hoe de schadeafwikkeling (tot op heden) is verlopen? Hoe belastend heeft u het proces van afwikkeling van de schade gevonden? Scoor op een schaal van 1 tot 10.	*Herstelbehandelingen* - Zijn er herstelbehandelingen geweest? Zijn deze voldoende geweest? Zo niet, kunt u aangeven wat er in uw ogen in medisch opzicht (nog meer) had moeten gebeuren. - Zijn in de beslissing over herstelbehandelingen andere artsen betrokken? Zo nee, heeft u het gevoel dat dit wel nodig of wenselijk was geweest? *Schadevergoeding [er kunnen zich vier verschillende situaties voordoen; kies de toepasselijke]* ***1) Het ziekenhuis heeft eigener beweging schade vergoed (dus zonder dat de patiënt daartoe uitdrukkelijk het initiatief moest nemen).*** - Vindt u het vervelend een indicatie te geven van het

	Waarom heeft u een schadeclaim ingediend? Waar was het u om te doen? Wat is uw oordeel over de wijze waarop het ziekenhuis/de verzekeraar/de advocaat van de verzekeraar zich in het kader van de afwikkeling van de schade tegenover u hebben opgesteld?	bedrag dat u is betaald? Waar heeft dat bedrag betrekking op? - Hoe is het aanbieden van schadevergoeding door het ziekenhuis verlopen? - Waarom heeft u besloten het aanbod van het ziekenhuis te aanvaarden? - Bent u terugkijkend tevreden over het aan u betaalde bedrag en meer in het algemeen de afdoening van de schade door het ziekenhuis? ***2) Het ziekenhuis heeft naar aanleiding van een claim van de patiënt zelf de schadeafwikkeling ter hand genomen*** - Vindt u het vervelend een indicatie te geven van het bedrag dat u vordert? Waar heeft dat bedrag betrekking op? - Hoe is tot dusverre in feitelijke zin de afwikkeling van de schadevergoeding verlopen? - We willen graag weten waarom u een schadeclaim heeft ingediend, waar het u om te doen was. [er kan ook simpelweg een open vraag worden gesteld: Waarom heeft u een schadeclaim ingediend, waar was het u om te doen? Onderstaande set vragen kan dan achterwege blijven]. - Er wordt wel gezegd dat slachtoffers met letselschade behoefte hebben aan erkenning. Is dit bij u ook het geval? Zo ja, wat verstaat u onder 'erkenning'? (bijv. bejegening, serieus genomen worden) - Moest u juridische stappen ondernemen omdat u anders financiële problemen zou krijgen? - Had u behoefte aan meer informatie over wat er precies was gebeurd en of dat eventueel voorkomen had kunnen worden? - Heeft u juridische stappen ondernomen omdat u vond dat wat u is overkomen in de toekomst een ander niet mag overkomen? (financiële problemen, informatie/een verklaring, verantwoording, voorkomen dat een ander hetzelfde overkomt)? - Denkt u dat als de arts of andere mensen binnen het ziekenhuis zich tegenover u anders hadden gedragen, u van het instellen van een claim zou hebben afgezien? - Vindt u het proces van schadeafwikkeling door het ziekenhuis belastend? Scoor op een schaal van 1 tot 10. - Zo ja, zou er iets anders/beter hebben gekund om het proces voor u minder belastend te maken? ***3) De schadeafwikkeling geschiedt/is geschied door de***

		verzekeraar van het ziekenhuis - Vindt u het vervelend een indicatie te geven van het bedrag dat u vordert? Waar heeft dat bedrag betrekking op? - Hoe is tot dusverre in feitelijke zin de afwikkeling van de schadevergoeding verlopen? - We willen graag weten waarom u een schadeclaim heeft ingediend, waar het u om te doen was. - Er wordt wel gezegd dat slachtoffers met letselschade behoefte hebben aan erkenning. Is dit bij u ook het geval? Zo ja, wat verstaat u onder 'erkenning'? (bijv. bejegening, serieus genomen worden) - Moest u juridische stappen ondernemen omdat u anders financiële problemen zou krijgen? - Had u behoefte aan meer informatie over wat er precies was gebeurd en of dat eventueel voorkomen had kunnen worden? - Heeft u juridische stappen ondernomen omdat u vond dat wat u is overkomen in de toekomst een ander niet mag overkomen? (financiële problemen, informatie/een verklaring, verantwoording, voorkomen dat een ander hetzelfde overkomt)? - Denkt u dat als de arts of andere mensen binnen het ziekenhuis zich tegenover u anders hadden gedragen, u van het instellen van een claim zou hebben afgezien? - Vindt u het proces van schadeafwikkeling belastend? Scoor op een schaal van 1 tot 10. - Zo ja, zou er iets anders/beter hebben gekund om het proces voor u minder belastend te maken? - Vindt u dat de verzekeraar van het ziekenhuis zich tegenover u correct gedraagt/heeft gedragen? Zo nee, waar schuilt het ongenoegen met het gedrag van de verzekeraar in? ***4) Er wordt/is geprocedeerd*** - Vindt u het vervelend een indicatie te geven van het bedrag dat u vordert? Waar heeft dat bedrag betrekking op? - Hoe is tot dusverre in feitelijke zin de procedure tot afwikkeling van de schade verlopen? - We willen graag weten waarom u een schadeclaim heeft ingediend, waar het u om te doen was. - - Er wordt wel gezegd dat slachtoffers met letselschade

		behoefte hebben aan erkenning. Is dit bij u ook het geval? Zo ja, wat verstaat u onder 'erkenning'? (bijv. bejegening, serieus genomen worden) - Moest u juridische stappen ondernemen omdat u anders financiële problemen zou krijgen? - Had u behoefte aan meer informatie over wat er precies was gebeurd en of dat eventueel voorkomen had kunnen worden? - Heeft u juridische stappen ondernomen omdat u vond dat wat u is overkomen in de toekomst een ander niet mag overkomen? (financiële problemen, informatie/een verklaring, verantwoording, voorkomen dat een ander hetzelfde overkomt)? - Denkt u dat als de arts of andere mensen binnen het ziekenhuis zich tegenover u anders hadden gedragen, u van het instellen van een claim zou hebben afgezien? - Vindt u het proces van schadeafwikkeling belastend? Scoor op een schaal van 1 tot 10. - Zo ja, zou er iets anders/beter hebben gekund om het proces voor u minder belastend te maken? - Vindt u dat de verzekeraar/de advocaat van de verzekeraar van het ziekenhuis zich tegenover u correct gedraagt? Zo nee, waar schuilt uw ongenoegen in??
Psycho-sociale opvang	Heeft u naar aanleiding van het incident professionele (dus niet: familie of vrienden) hulp of ondersteuning gehad (anders dan van uw advocaat)? Zo ja, om wat voor soort ondersteuning ging het? Zo ja, wat is uw oordeel over deze hulp of ondersteuning? Wat had er beter gekund?	*Als wel psycho-sociale hulp is verleend* - Wat voor soort hulp heeft u ontvangen? - Wat was de frequentie van de hulp? - Door wie de hulp is verleend? - Lag de hulp op juridisch, praktisch of emotioneel gebied? - Hoe en op wiens initiatief is deze hulpverlening tot stand gekomen? - Is deze hulpverlening naar uw tevredenheid geweest? - Wat had er naar uw gevoel beter gekund? - Had op enig gebied/in enig opzicht behoefte aan nadere ondersteuning? *Als geen psycho-sociale hulp is verleend* - Had u behoefte gehad aan praktische ondersteuning? - Had u behoefte gehad aan emotionele ondersteuning?

	Zo nee, had u behoefte gehad aan praktische ondersteuning? Had u behoefte gehad aan emotionele ondersteuning?	
Achter-grond-kenmerk-en respon-dent		[Deze vragen worden aan het eind van het gesprek gesteld.] - Leeftijd/geboortedatum - (woonplaats) - burgerlijke staat - land van herkomst / Nationaliteit - gezinssituatie/kinderen? - opleiding - beroep (fulltime, partime, arbeidsongeschikt, werkeloos, VUT, etc) - burgerlijke staat ten tijde van incident - beroep ten tijde van incident - inkomen [inkomenskaart voorleggen] - kostwinnerschap (hoeveel behoeftigen) - inkomen ten tijde van incident - kostwinnerschap ten tijde van incident - (zelf werkzaam in de gezondheidszorg)

Bijlage III. Codeboom

Incident

1. Datum incident
2. Type incident
   2.1 Gemiste diagnose
   2.2 Operatiefout
   2.3 Overige fout
3. Lichamelijke gevolgen van het incident
   3.1 Verlengd verblijf in het ziekenhuis
   3.2 Herstelbehandelingen/operaties
   3.3 Tijdelijke of blijvende gevolgen (lichamelijke beperkingen, littekens, etc.)
   3.4 overlijden
4. Psychische gevolgen van het incident
5. Financiële gevolgen van het incident
6. Vermijdbaarheid/verwijtbaarheid
7. stappen genomen naar aanleiding van het incident
   7.1 contact gezocht met klachtenfunctionaris
   7.2 klacht bij de klachtencommissie
   7.3 klacht bij het regionaal tuchtcollege
   7.4 schadeclaim ingediend
   7.5 inwinnen juridisch advies
   7.6 direct naar arts gestapt
   7.7 geen stappen ondernomen
   7.8 motief voor genomen keuze/stap

Opvang/bejegening

8. gesprekken met mensen van het ziekenhuis (de arts, andere zorgverleners, klachtenfunctionarissen of klachtenbemiddelaars)
   8.1 kenmerken gesprek (aantal, tijdsverloop sinds incident, wiens initiatief, wie aanwezig, wie voerden het woord, wat kwam aan de orde)
   8.2 inhoud gesprek (fout toegegeven, excuses gemaakt, vervolg maatregelen besproken , informatie over te nemen stappen, hoe in de toekomst herhaling voorkomen, aanbod psych. bijstand)
   8.3 betrokkenheid KF (op wiens initiatief, wanneer in proces en rol)
   8.4 reden niet betrokkenheid KF
9. waardering communicatie
   9.1 voldoende geluisterd
   9.2 correct met u is omgegaan

9.3 voldoende uitleg incident/oorzaak/gevolgen
9.4 eerlijk uitleg incident/oorzaak/gevolgen
9.5 gewijzigde houding ziekenhuis nav claim
9.6 waardering afhandeling klacht in de tijd
9.7 tevredenheid/totaaloordeel over klachtenverloop
9.8 verbeterpunten mbt communicatie/klachtenverloop
10. relatie arts-patient ongelijkwaardig (qua kennis en emoties)
11. aanwezigheid centraal aanspreekpunt
12. oordeel betrokkenheid KF
12.1 op tijd?
12.2 Iemand die voor patiënt opkwam
12.3 Onpartijdig advies
12.4 Neutrale toehoorder/getuige
12.5 Gespreksleider/mediator
12.6 Permanent aanspreekpunt
12.7 Totaal oordeel functioneren KF
13. Behoefte aan objectieve buitenstaander
14. Geschaad vertrouwen in arts/zorginstelling
15. Geschaad vertrouwen hersteld (kunnen worden)

Herstelmaatregelen

16. Herstelmaatregelen (voldoende? Second opinon)

Schadeafwikkeling

17. Indicatie bedrag
17.1 Materiële schade
17.2 Immateriële schade/smartengeld
17.3 Bedrag schade definitief/medische eindtoestand duidelijk
18. Schadeafwikkeling initiatief ziekenhuis
18.1 Wijze verloop
18.2 Reden aanvaarden aanbod
18.3 Tevreden over totaalverloop
19. Schadeafwikkeling ziekenhuis n.a.v. claim patiënt
19.1 Wijze verloop
19.2 Motieven instellen claim (financieel, erkenning, info, etc.)
19.3 Vermijdbaarheid claim bij andere reactie ziekenhuis
19.4 Belastendheid (schaal van 1 tot 10)
19.5 Verbeterpunten
20. Schadeafwikkeling door verzekeraar
20.1 Wijze verloop
20.2 Motieven instellen claim (financieel, erkenning, info, etc.)
20.3 Vermijdbaarheid claim bij andere reactie ziekenhuis

20.4 Belastendheid (schaal van 1 tot 10)
20.5 Verbeterpunten
20.6 Houding verzekeraar correct

21. Procedure
21.1 Wijze verloop
21.2 Motieven instellen claim (financieel, erkenning, info, etc.)
21.3 Vermijdbaarheid claim bij andere reactie ziekenhuis
21.4 Belastendheid (schaal van 1 tot 10)
21.5 Verbeterpunten
21.6 Houding verzekeraar correct

22. Psycho-sociale opvang

22.1 Aanwezigheid
22.2 Frequentie
22.3 Aard ondersteuning(juridisch, praktisch of emotioneel)
22.4 Wiens initiatief
22.5 Tevredenheid
22.6 Verbeterpunten
22.7 Gemiste ondersteuning

Bijlage IV. De begeleidingscommissie

C. Contino
Fonds Slachtofferhulp

Drs. A. M. Hamersma
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

G. de Groot
Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg

Prof . dr. R. Friele
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Dr. S. Leferink
Slachtofferhulp Nederland

Dr. R.A. Thieme Groen
Isala Klinieken

H.P. Henschen
VvAA schadeverzekeringen

Drs. M. van der Zwan
Medirisk

J. Boogaard
Centramed

B. Stam
Centramed

Bijlage V. De onderzoeksgroep

Prof. mr. J.L. Smeehuijzen
Hoogleraar privaatrecht, afdeling privaatrecht, VU

Dr. mr. K.A.P.C. van Wees
Universitair docent en onderzoeker, afdeling privaatrecht, VU

Prof. mr. A.J. Akkermans
Hoogleraar privaatrecht, afdeling privaatrecht, VU

Prof . dr. J. Legemaate
Hoogleraar gezondheidsrecht, UvA

Drs. S. van Buschbach
Onderzoeker, afdeling privaatrecht, VU

Mr. drs. L. Hulst
Onderzoeker, afdeling privaatrecht, VU